Rok XLV. Kraków 6 Października 1906. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Badania nad hodowaniem beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Podał

Adam Wrzosek.

(Praca wykonana w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jagiell. Dyrektor: prof W. Klecki.)

I. Omówienie dotychczasowych prób hodowania beztlenowców bezwzględnych w atmosferze powietrza.

Przed rokiem ogłosiłem drukiem rozprawkę o hodowaniu beztlenowców bezwzględnych w pożywkach z wolnym dostępem powietrza („Przegląd lekarski“ 1905). W pracy rzeczonej podałem swoje spostrzeżenia, dotyczące rozmnażania się beztlenowców bezwzględnych w bulionie, zawierającym kawałek świeżej tkanki zwierzęcej i znajdującym się w atmosferze powietrza. Spostrzeżenia te, uczynione przed kilku laty, ogłosiłem dopiero w roku ubiegłym, pobudzony do tego pojawieniem się w druku rozprawy Tarozziego p. t.: „Ueber ein leicht in aërober Weise ausführbares Kulturmittel von einigen bis jetzt für strenge Anaëroben gehaltenen Keimen“ („Centralblatt für Bakteriologie“ I Abt. H. 5. Bd. XXXVIII. 1905). W rozprawie tej Tarozzi podaje nową metodę hodowania beztlenowców. Metoda ta różni się zasadniczo tem od wszystkich poprzednich metod, iż można nią hodować beztlenowce bezwzględne w pożywkach, do których dostęp powietrza, a więc i tlenu, jest wolny. Tarozzi mianowicie doszedł, że w zwykłych pożywkach, używanych do hodowania tlenowców, rozwijają się również dobrze i beztlenowce, jeżeli uprzednio włożyć do pożywki kawałek świeżego narządu zwierzęcego. Nie wszystkie jednak narządy zwierzęce nadają się do tego celu w równej mierze. Najlepiej rozwijają się beztlenowce, jeśli w pożywce znajduje się kawałek takiego narządu miąższowego, jak nerka, śledziona lub wątroba; gorzej cokolwiek, gdy znajduje się kawałek gruczołu chłonnego; jeszcze gorzej, gdy się włoży do pożywki kawałek mięśnia. Lecz beztlenowce bezwzględne rozmnażają się nietylko wtedy, gdy w pożywce znajduje się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej. Owszem, mogą się one również rozmnażać w pożywce płynnej, n. p. w bulionie, w którem tylko przez kilka godzin znajdował się był kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, a przed zaszczepieniem beztlenowców został zeń wyjęty.

Pożywki przygotowuje się, według Tarozziego, w sposób następujący: Po zabiciu zupełnie zdrowego zwierzęcia (królika, świnki morskiej, myszy białej) wycina się wyjałowionemi nożyczkami, po bezgnilnem otwarciu jamy brzusznej, kawałki narządów, wynoszące około 1 cm³ Wycięte w ten sposób kawałki narządów przenosi się niezwłocznie do probówek z bulionem lub agarem skośnym, poczem probówki na jeden lub dwa dni umieszcza się w cieplarce w 37°. Po upływie tego czasu wyrzuca się te pożywki, w których rozwinęły się mikroby, a do pozostałych, a więc jałowych, szczepi się beztlenowce bezwzględne. Rozmnażają się one znakomicie w takim bulionie, zawierającym kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, lub w wodzie kondensacyjnej, znajdującej się na dnie probówki ze skośnym agarem i zawierającej kawałek narządu zwierzęcego. Beztlenowce rozmnażają się w pożywkach, w sposób powyższy przygotowanych i wtedy, gdy je zaszczepić do tych pożywek w pewien czas po ich przygotowaniu. Natomiast, zdaniem Tarozziego, beztlenowce nie rozmnażają się w pożywkach, w sposób wyżej wskazany przygotowanych, jeżeli przed zaszczepieniem ogrzewać pożywki do punktu wrzenia, co najmniej w ciągu 5 minut. Krótsze ogrzewanie nie wpływa tak szkodliwie na pożywki.

Na zasadzie powyższych danych wypowiada Tarozzi przypuszczenie, że w tkankach zwierzęcych, obfitujących w komórki, znajduje się substancya, która sprzyja rozwojowi beztlenowców w atmosferze powietrza. Substancya ta łatwo przenika do otoczenia, w którem znajduje się kawałek tkanki zwierzęcej, i łatwo ulega zmianie pod wpływem gorąca, zwłaszcza w obecności tlenu.

Wspomniane wyżej spostrzeżenia Tarozziego zgadzają się ze spostrzeżeniami, przezemnie zrobionemi przed kilku laty, podczas badań nad jałowością zdrowych tkanek zwierzęcych. Wtedy mianowicie zauważyłem, że można niekiedy z kawałka zdrowej tkanki zwierzęcej, umieszczonej, natychmiast po wycięciu, w probówce z bulionem, wyhodować beztlenowce bezwzględne. Nie robiłem jednak prób z przeszczepianiem beztlenowców do bulionu, zawierającego kawałek świeżej, jałowej tkanki zwierzęcej. Lecz po ogłoszeniu przez Tarozziego nowej metody hodowania beztlenowców zabrałem się niezwłocznie do systematycznego sprawdzenia jego metody. Doszedłem do takich samych wyników, do jakich doszedł Tarozzi, mianowicie, iż w zwykłym bulionie można hodować beztlenowce, jeśli się w nim znajduje niezbyt mały kawałek świeżej tkanki zwierzęcej. Sprawdziwszy ten główny wynik badań Tarozziego, doszedłem dalej, że beztlenowce bezwzględne rosną nawet wtedy w bulionie, gdy przed samem zaszczepieniem doń beztlenowców kawałek narządu zwierzęcego, który się uprzednio przez pewien czas w bulionie znajdował, z bulionu się wyjmie i bulion skłóci się silnie z powietrzem.

Po sprawdzeniu, że beztlenowce bezwzględne mogą rozmnażać się w zwykłym bulionie, w atmosferze powietrza, jeżeli tylko w bulionie znajduje się lub znajdował się kawałek świeżej tkanki zwierzęcej, wprost nasuwało się pytanie, czy beztlenowce również będą się rozmnażały w atmosferze powietrza w zwykłym bulionie, jeśli się w nim będzie znajdował, zamiast kawałka świeżej tkanki zwierzęcej, kawałek tkanki roślinnej. Gdym już kończył swoją pracę, dotyczącą tej sprawy, dowiedziałem się z dalszych rozpraw Tarozziego, ogłoszonych, o ile mi wiadomo, jedynie w języku włoskim, że się tem zagadnieniem już zajmowano. Mianowicie w ostatniej pracy Tarozziego, zawierającej dalsze badania hodowania beztlenowców w atmosferze powietrza („Osservazioni sulla natura dei fenomeni che determinano la esigenza anaerobica nelle culture dei germi anaerobici"), znalazłem kilkuwierszową wzmiankę o tem, że Ori w Sienie otrzymywał hodowle beztlenowców w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej. Potem Tarozzi również zajmował się tą sprawą. Doszedł on atoli do wyników, które, jak się o tem niżej przekonamy, różnią się cokolwiek od wyników moich badań. Tarozzi wprawdzie twierdzi, że w bulionie, zawierającym kawałek tkanki roślinnej, mogą się beztlenowce rozwijać, lecz dodaje jednocześnie, że nie rozwijają się one w tych okolicznościach tak stale i tak bujnie jak w bulionie, zawierającym kawałek tkanki zwierzęcej. Gdy zaś Tarozzi zasiewał beztlenowce nie do bulionu, lecz do rozczynu soli kuchennej zawierającego kawałek tkanki roślinnej, prawie nigdy nie otrzymywał hodowli zaszczepionych beztlenowców. Natomiast otrzymywał on bujną hodowlę beztlenowców, gdy je szczepił wprost na tkankę zwierzęcą, albo do wody, zawierającej kawałek tkanki zwierzęcej, lub wreszcie do rozczynu soli kuchennej, w której był pogrążony kawałek narządu zwierzęcego. Stąd wnosi Tarozzi, że obecność tkanki roślinnej w pożywce tylko sprzyja rozwojowi beztlenowców, tkanka zwierzęca natomiast nietylko sprzyja rozmnażaniu się beztlenowców, lecz sama przez się stanowi wystarczające do ich hodowania podłoże.

Ori i Tarozzi, o ile mogłem dojść, nie wyjaławiali bulionu lub rozczynu soli kuchennej, zawierających kawałek tkanki roślinnej, przed zaszczepieniem do nich beztlenowców, lecz dodawali do pożywek kawałki świeżej tkanki roślinnej, podobnie jak poprzednio Tarozzi dodawał do pożywek kawałki świeżej tkanki zwierzęcej. Na okoliczność tę zwracam uwagę, gdyż może nam ona, jak się o tem niżej przekonamy, objaśnić różnicę w wynikach badań Tarozziego a moich. (C. d. n.)

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał
Prof. dr Napoleon Cybulski.

(Ciąg dalszy).

To, co powiedzieliśmy wyżej, dotyczy wszelako tylko istot najniższych i elementów, mających na celu utrzymanie gatunku. Jeżeli istota żyjąca nie należy do tych najniższych, przeciwnie jeżeli posiada już pewną mniej lub więcej złożoną budowę i oprócz tych elementów posiada inne, które tworzą narządy niezbędne lub przynajmniej użyteczne do utrzymania życia osobnika, to te wszystkie narządy istotnie z czasem się zużywają, ulegają przekształceniom i zmianom, skutkiem czego z czasem stają się mniej lub więcej niezdolne do wypełniania swego zadania (jak n. p. zmiany w sercu, wątrobie, naczyniach it.d.). W takim razie zwykle osobnik, u którego te zmiany występują, staje się niezdolnym do życia, i gdy te zmiany dotyczą bardzo ważnych narządów, umiera. Wspomniałem już wyżej, że podobne zmiany mogą być wywołane w rozmaitych narządach za pośrednictwem pewnych czynników zewnętrznych; dlatego niewątpliwie wypada zadać sobie pytanie, czy w rzeczywistości zmiany w naszych narządach, występujące z wiekiem, są, jak przypuszczają fizyologowie i patologowie, naturalnem następstwem spraw, które w żyjących tkankach zachodzą, naturalnych czynności fizyologicznych, czy też są zawsze wywołane tylko jakimiś czynnikami szkodliwymi, pochodzącymi z zewnątrz, czy w końcu mogą tu działać, obie przyczyny razem.

Sprawie tej poświęcił znaczną część swojej książki „Etude sur la nature humaine" prof. Miecznikow. Ze swej strony sprawę tę uważam za doniosłą dla higieny społecznej, a zaznajomienie się z treścią zapatrywań Miecznikowa za rzecz w wysokim stopniu pożyteczną.

Miecznikow nie zaprzecza nigdzie znanych fizyologicznych faktów, że każdy element ustroju wskutek swojego własnego życia wytwarza pewne substancye, które mniej lub więcej szkodliwie działają na niego lub na inne elementa, że rzeczywiście w każdym złożonym ustroju, wciąż powstają chemiczne wytwory, które mogą działać jako trucizny, lecz sądzi, że w prawidłowych warunkach ustrój ze względu na celowość wszystkich swoich urządzeń posiada sposoby usuwania tych czynników tak, że ich szkodliwe działanie albo się zupełnie nie ujawnia, albo, jeżeli i występuje, musi być bardzo powolne i nie powinno wywoływać tych zmian, które znamionują starość.

Wszystkie te czynniki więc, gdyby ustrój podlegał tylko ich wyłącznemu działaniu, nie mogłyby wywoływać także śmierci ustroju. I rzeczywiście fizyologia i patologia dostarczają dowodów, że w prawidłowych warunkach ustrój może się bronić od rozmaitych szkodliwych wpływów, t. zn. wytworów wymiany materyi za pomocą specyalnych narządów (płuca, nerki, wątroba, skóra, ślinianki). Nawet i w tych przypadkach, w których pewne szkodliwe czynniki dostają się z zewnątrz, ustrój może je usuwać i działanie ich zwalczać. Niektóre z tych substancyi szkodliwych usuwają te same narządy wydzielnicze, które służą do usunięcia wytworów wymiany, n. p rozmaite sole za pośrednictwem nerek, inne substancye za pośrednictwem wątroby i t. p. Inne znowu czyni ustrój nieszkodliwemi, wskutek wytworzenia osobnych substancyi, które powstają we krwi; są to tak zwane antytoksyny, dzięki którym ustroje stają się odpornymi, jak to się dzieje przy chorobach zakaźnych (dur brzuszny, ospa, błonica), lecz wszystkie te czynności ustroju są ograniczone i w razie wtargnięcia środka trującego w wielkiej ilości, mogą nie podołać, a w takim razie ustrój się zatruwa i ginie.

Jeżeli te naturalne siły ustroju nie wystarczają w życiu prawidłowem, jeżeli pewne ustroje mimo tych czynno-

ści, tych mechanizmów ulegają wcześniej, niżby wypadało, starzeniu się, śmierci, to według Miecznikowa trzeba szukać jakiegoś źródła, z którego wciąż do ustrojów przenikają szkodliwe czynniki oprócz tych, które one same wytworzą.

Zródło takie upatruje Miecznikow w przewodzie pokarmowym wyższych zwierząt, a w szczególności w jelicie grubem. Jeżeli się zastanowimy nad wiekiem rozmaitych zwierząt wyższych i będziemy przytem mieć na względzie jelita, a w szczególności jelita grube, to twierdzenie Miecznikowa musi nam się wydawać rzeczywiście bardzo prawdopodobnem. Wśród zwierząt wyższych, jak wiadomo powszechnie, ptaki żyją stosunkowo bardzo dlugo: gęsi, łabędzie, kruki, żyją lat przeszło 50, papugi przeszło 80, a o bocianach powiadają zoologowie, że żyją nawet dlużej, niż 100. Wszystkie te zwierzęta nie mają jelita grubego; jest jednakże jedno zwierzę wśród ptaków, które posiada jelito grube, a mianowicie struś. To też według pana Riviérea strusie żyją tylko najwyżej 35 lat. Zwierzęta ssące tak trawożerne, jak i mięsożerne, żyją zwykle stosunkowo krótko i mają wyraźnie występującą starość. Wszystkie też one mają także stosunkowo długi, szczególnie trawożerne, przewód pokarmowy i bardzo rozwinięte jelito grube.

Zródłem tedy dodatkowem szkodliwych czynników są bakterye, które w nieskończonej ilości żyją i rozwijają się w przewodzie pokarmowym, a w szczególności w jelicie grubem. W każdym więc ustroju zwierzęcym, oczywiście i w ustroju człowieka, z jednej strony wytwarzają się wytwory własnej wymiany materyi, z drugiej rozmaite drobnoustroje wywołują rozkład substancyi białkowych i innych w przewodzie pokarmowym i w ten sposób wciąż powstaje szereg takich wytworów, jak: kwasy: mleczny, masłowy, amidokwasy; siarkoetery, siarkowodór, wyskok itp., które z jelit dostają się do krwi i działają na ustrój jako mniej lub więcej silne trucizny. Wśród drobnoustrojów, żyjących w przewodzie pokarmowym najszkodliwsze są bakterye, wywołujące sprawy gnicia, wskutek których powstają także niewątpliwie trujące wytwory, jak ptomainy, a być może nawet i cytotoksyny.

Ilość bakteryi w przewodzie pokarmowym człowieka dochodzi według Strasburgera[1]) do 128,000,000,000,000. Oczywiście jest to liczba tylko przybliżona, lecz w każdym razie imponująca. Ilość drobnoustrojów, jak również i jakość ich nie są stałe. Wprawdzie przewód pokarmowy jest miejscem bardzo dogodnem dla rozwoju drobnoustrojów, przedstawia bowiem nietylko odpowiednią ciepłotę, ale często i środowisko chemiczne, bardzo odpowiednie dla rozwoju wielu gatunków drobnoustrojów. Jednak nie same tylko te warunki wpływają na ich ilość; wpływa tu także w wysokim stopniu pokarm, szczególnie pokarm surowy. Bakterye bowiem i inne niższe ustroje znajdują się stale na powierzchni liści rozmaitych roślin i owoców, w ten sposób dostają się do przewodu pokarmowego. Dlatego flora przewodu pokarmowego, jak to stwierdzili Macfadyen, Nencki i Sieberowa (u kobiety z przetoką kiszki) zmienia się zależnie od pokarmu. (C. d. n.)

[1]) Zeitschrift für klinische Medicin 1902 tom XLIV str. 434.

Oceny i sprawozdania.

Dr Hans Stadler: **Operacye bezgnilne w domu prywatnym.** (*Würzb. Abhandl.* 1906, str. 27, cena 75 fenigów).

Na mocy 300 operacyi, wykonanych bezgnilnie w najgorszych warunkach po domach prywatnych, zachęca autor gorąco lekarzy prywatnych do bezgnilnego wykonywania większych nawet zabiegów. Lekarz prowincyonalny powinien wykonywać nietylko małe zabiegi, ale nieść pomoc i w cięższych przypadkach, bo często nie można przewozić chorych do szpitali i klinik, albo też warunki operacyi po przewiezieniu stają się o wiele gorsze. Od operowania po domach odstrasza lekarzy prowincyonalnych brak wprawy, brak asysty, obawa odpowiedzialności, a zapewne i to, że nie mogą potem operowanych skrupulatnie doglądać i opatrywać. Obawa narkozy jest nieuzasadnioną, należy tylko używać zawsze czystego i zawsze świeżego chloroformu, a zwracając baczną uwagę na uśpienie, można narkozę oddać i w ręce laika.

Przyrząd potrzebny do operacyi bezgnilnych jest dość prosty. Autor poleca zestawić go sobie w ten sposób: 1) puszka blaszana, zawierająca narzędzia i opatrunki, 2) skrzynka z bielizną operacyjną i miednicami, 2) koszyk z maską do chloroformu, brzytwą, wacikami, mydłem, przyrządem do wlewań i płukania żołądka, narzędziami do tracheotomii, opaską Martina, jedwabiem, katgutem i małemi naczyńkami emaliowanemi. W skrzynce z miednicami znajdują się oprócz 5 miednic różnej wielkości, szczotki do rąk, naczyńko do czerpania wody, waciki, kompresy, gaza wyjałowiona i przeciwgnilna, batyst Mosetiga, 2 fartuchy z tego batystu i ręczniki. Skrzynkę całą w dniu operacyi napełnia się gorącą wodą i gotuje pół godziny. Przed operacyą nakrywa się stoły batystem Mosetiga i kładzie się na nich instrumenta i opatrunki, myje się siebie i chorego, co wszystko trwać może 35 minut. Woda do mycia rąk nie potrzebuje być przegotowaną, wystarczy źródlana, byle naczynie na wodę było czyste. W razie znieczulenia miejscowego przegotowuje się w probówkach rozczyn Schleicha lub kokainę i strzykawkę i wlewa następnie płyn do wygotowanego kubka. Po tych przygotowaniach można przystąpić i do najważniejszego zabiegu, do czego nie potrzeba, zdaniem autora, zbyt wielu narzędzi. Tak n. p. otworzenie czaszki wymaga z narzędzi tylko noża, szczypczyków, 3 zasuwek, podważki, młotka i dłuta.

Opony nie są, zdaniem autora, tak wrażliwe na zakażenie, jak powszechnie się sądzi. Przy tak gorliwem zalecaniu, by wykonywać nawet duże zabiegi, dziwnem musi się wydać, że autor odradza n. p. lekarzowi operacyi przy ropniaku wyrostka sutkowego, a to z obawy zranienia nerwu twarzowego lub zatoki poprzecznej.

Operacye w jamie brzusznej radzi autor wykonywać i po domach prywatnych, tylko przy tem należy być przygotowanym na podniesienie w razie potrzeby stołu z pomocą cegieł do położenia Trendelenburga. Przy tych operacyach golić należy miejsce cięcia skórnego skrupulatnie, nawet meszek na skórze, płukać żołądek, a do cięższych operacyi przygotować chorego środkami sercowymi, wlewaniem rozczynu soli kuchennej, przeczyszczeniem i t. d. Mebli z improwizowanej sali operacyjnej w dzień operacyi nie radzi autor usuwać, lecz zaleca tylko nakryć je prześcieradłami. Jeżeli jednak można je usunąć w przeddzień operacyi, to tem lepiej. Podłogę należy wytrzeć na mokro. W razie operacyi brzusznej należy chorego owinąć dokładnie flanelą. Do operacyi radzi autor przystępować tylko wtedy, jeżeli tętno jest dobre, i nie szczędzić kamfory. Po operacyi należy pozostać przy chorym jeszcze pewien czas (przynajmniej godzinę). Nie należy operować w razie wyrzutów skórnych lub wyprysków, w danym razie należy je przedtem podleczyć lub wyciąć. Autor opisuje niektóre typowe operacye. Opisuje też szczegółowo odkażanie pochwy i jamy macicy.

W końcu podaje autor najważniejsze wskazówki także do operacyi ocznych (operacye jaskry, zaćmy, zezu i wyjęcie gałki). Wogóle zaleca oprócz postępowania bezgnilnego, także i przeciwgnilne. Gazę jodoformową radzi autor przed operacyą włożyć na 5 minut do gotującej się wody, katgut wyjaławiać podług Olshausena (6—8 godzin rozczyn sublaminu 1:1000, potem 24 godzin rozczyn tegoż 1:2000, a potem przechowywanie w zgęszczonym wyskoku z dodatkiem gliceryny). Jedwab gotuje 10 minut w rozczynie sublaminu 1:100. Sprawy ropne radzi autor operować w rękawiczkach, dających się wyjaławiać.

Wątpić należy, czy ktokolwiek po przeczytaniu pracy autora nabierze zaraz ochoty do wykonywania większych bezgnilnych zabiegów po domach. Sposoby, podane przez autora, nie są wcale

bardzo »proste«. Jeżeli wielu lekarzy nie operuje, to chyba nie dlatego, by nie mogło sobie dać rady z opanowaniem postępowania przeciwgnilnego lub bezgnilnego, lecz chyba z innych, zrozumiałych zupełnie powodów. Praca autora nie zdoła wpoić przekonania, że lekarz praktyczny musi n. p. operować raka kiszki stolcowej, przyszywać macicę lub operować zez i zaćmę. Kto czuje się na siłach, to i bez wskazówek autora operować potrafi, a przyrząd aseptyczny sporządzi sobie sam i pewno nie gorszy od opisanego przez autora. *Klęsk.*

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Karakascheff. **Zachowanie się wysepek Langerhansa w cukrzycy.** (*D. Archiv f. klinische. Medizin* T. 87). Na podstawie badanych w zakładzie Marchanda szczegółowo pod względem histologicznym przypadków ciężkiej cukrzycy twierdzi autor, że nie same wysepki Langerhansa, — jak to w ostatnich czasach z wielu stron głoszono, — ale cały miąższ gruczołowy trzustki stoi w związku przyczynowym z cukrzycą pochodzenia trzustkowego. Przeważna część wysepek opiera się zwyrodnieniu, pozostaje nienaruszona i wytwarza nowe zraziki, które mają zastąpić zanikający miąższ gruczołowy. Wysepki Langerhansa uważać przeto należy raczej za części zapasowe, które przy zwyrodnieniu zrazików gruczołowych trzustki w cukrzycy mają za zadanie wytwarzać nowe zraziki. *Wilczyński.*

Doc. Curschmann. **W sprawie wczesnego rozpoznawania rozsianego stwardnienia mózgu i rdzenia.** (*Mediz. Klinik.* nr. 36). Cztery zasadnicze, podane przez Charcota objawy stwardnienia rozsianego: drżenie gałek ocznych, drżenie przy wykonywaniu ruchów (*Intentionstremor*), mowa skandowana i chód kurczowo-bezładny, należą do późnych objawów, kiedy już sprawa chorobowa wywołała znaczne zmiany w układzie ośrodkowym. Do najwcześniejszych, a zarazem i bardzo częstych (w 50—70% przypadków) należą zmiany brodawki nerwu wzrokowego i przemijające porażenia mięśni ocznych. Zblednięcie zanikowe skroniowych połówek brodawek n. wzrokowego spotyka się najczęściej, znacznie rzadziej zdarza się zblednięcie całych brodawek; czasem we wzierniku stwierdza się obraz pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego, natomiast wyjątkowo obraz zwykłego zapalenia nerwu wzrokowego, tarczy zastoinowej lub całkowitego białego zaniku tarczy, jak w wiądzie rdzenia. Z mięśni ocznych najczęściej przemijającem porażeniem dotknięte bywają mięśnie, zaopatrywane przez nerw odwodzący; trwałe, nie ustępujące porażenia mięśni przydarzają się dopiero w późniejszych okresach choroby. Do bardzo wczesnych objawów zaliczyć należy także udarowate napady tak, że u ludzi młodych w podobnych przypadkach zawsze myśleć trzeba o możliwości rozpoczynającego się stwardnienia rozsianego. Na długi czas, bo czasem i na kilka lat przed ukazaniem się zasadniczych objawów Charcota pojawiają się czasem podmiotowe zaburzenia czucia w kończynach (*paraesthesiae*), szybkie nużenie się kończyn, objaw Babińskiego, a odruch powłok brzusznych obustronnie znika. na co pierwszy zwrócił uwagę niedawno Strümpell. *Wilczyński.*

Doc. Joachim. **Białaczka z przewagą komórek tucznych.** (*D. Archiv. klin. Med.* T. 87). Opis 2 przypadków białaczki, pod wieloma względami zajmujących. 1) W obu znajdowała się we krwi niezwykle wielka ilość komórek tucznych; w pierwszym przy ogólnej liczbie krwinek białych 189·400 i stosunku białych do czerwonych 1:7,6, odsetka komórek tucznych wśród ciałek białych wynosiła 53·6%; w drugim przypadku wśród 237000 krwinek białych i stosunku ich do czerwonych 1:9·8 komórki tuczne stanowiły 56·4%. Największą dotychczas spostrzeganą odsetkę tucznych komórek w białaczce (4·7%) podał Lazarus w podręczniku Nothnagla. 2) W jednym przypadku pod wpływem leczenia promieniami Röntgena bezwzględna ilość komórek tucznych nie spadała w równej mierze z ogólną liczbą leukocytów, skutkiem czego powstał względny przyrost komórek tucznych, z czegoby wypadało, że ze wszystkich rodzajów leukocytów komórki tuczne mają najwięcej odporności wobec promieni Röntgena. 3) Przy rozkładzie krwi powstawało niezwykle wiele kryształów Charcot-Neumana; gdy więc dotychczas przyjmowaliśmy, że kryształy Charcot-Neumana stoją w związku przyczynowym z ciałkami eozynochłonnemi, to przypadki Joachima dowodzą, że kryształy te powstać mogą i z komórek tucznych. 4) Znalezione przy sekcyi ogniska martwicze z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść należało do dłuższego naświetlania okolicy śledziony promieniami Röntgena. *Wilczyński.*

Stander. **Drgawki padaczkowate w przebiegu cukrzycy.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35, 1906). Tak rzadko w cukrzycy napotykane drgawki padaczkowate zależą od zatrucia krwi acetonem. Nawet w tych przypadkach, w których aceton w przebiegu cukrzycy nie występował wcale, można go było bezpośrednio po drgawkach zawsze w moczu stwierdzić. Udało się też przez wprowadzanie zwierzętom do krwi acetonu sztucznie wywołać zupełnie podobny napad drgawek (Jaksch i Metzler). *Dr M. Godlewski.*

Marx. **O pojawianiu się wybroczyn na siatkówce w przebiegu gruźlicy prosówkowej.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 35, 1906), Jak stwierdzony badaniem pośmiertnem przypadek autora poucza, mogą się wyjątkowo i w gruźlicy uogólnionej pojawić wybroczyny na siatkówce, chociaż np. przy zakażeniu ropnem są one nierównie częstsze. Zupełnie pewne wnioski z badania wziernikiem wysnuwać możemy tylko wtedy, jeżeli na siatkówce dadzą się stwierdzić niewątpliwe gruzełki. *Dr M. Godlewski.*

Riebold. **W sprawie uleczalności i sposobu leczenia gruźliczego zapalenia opon.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 35, 1906). Że zejście gruźliczego zapalenia opon wyjątkowo może być pomyślne, dowodzi, prócz kilku innych ogłaszanych w ostatnich czasach przypadków, także spostrzeżenie autora. Rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości (prątki Kocha w płynie mózgowo-rdzeniowym; płyn ten wstrzyknięty do otrzewnej świnkom morskim wywołał u nich gruźlicę). Często, a nawet codziennie powtarzane nakłucie lędźwiowe uważa R. za dzielny środek leczniczy. *Dr M. Godlewski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. F. Hehl. **W sprawie mechanicznego spędzenia płodu.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr. 30). W zakładzie medycyny sądowej w Pradze wykonano sekcyę zwłok 20-letniej kobiety, zmarłej po poronieniu w V. miesiącu ciąży. Po wystąpieniu krwawienia nastąpiło nazajutrz poronienie płodu, łożysko zaś nie odchodziło. Lekarz, wezwany w 2 dni później, wydobył gnijące łożysko ręcznie, a stwierdziwszy objawy otrzewne, żółtaczkę itd. wyraził przypuszczenie poronienia sztucznego; chora zmarła nazajutrz. Sekcya stwierdziła zapalenie otrzewnej, a na przedniej ścianie macicy, blisko dna, ubytek otrzewnej na przestrzeni dwugroszówki, dokoła nasiąknięcie krwawe miąższu macicy; przy napełnianiu macicy wodą wydobywają się z miejsca ubytku bańki gazu, pomimo, iż od strony jamy macicznej drogi ku ranie zewnętrznej odszukać nie można; grubość ściany macicy w tem miejscu 1—1½ mm. Uszkodzenie narzędziem ostrem można wyłączyć, jak również uraz przypadkowy. Pozostaje skaleczenie od strony jamy macicy narzędziem długiem, tępem, które wywołało pęknięcie otrzewnej wskutek zbytniego rozciągnięcia ściany, lub też zadziałanie silnego urazu od zewnątrz (miesienie, gniecenie) celem wywołania poronienia. Uszkodzenie nie mogło powstać z winy lekarza, gdyż zastał już objawy otrzewne, a wydobycie zupełnie oddzielonego łożyska palcem nie sprawiało trudności. W każdym razie przypadek ten nie pozwala wydać zupełnie ścisłego orzeczenia. Drugi przypadek dotyczy 29-letniej mężatki, u której położna wprowadziła ostre narzędzie do pęcherza i przebiła przednią jego ścianę, w następstwie czego powstał ropień przed pęcherzem, zakażenie ogólne, poronienie i śmierć. Nie jest niemożliwem, iż spostrzegłszy pomyłkę położna ją poprawiła i przebiła pęcherz płodowy bez widocznych innych uszkodzeń, że więc wywołała poronienie w sposób bezpośredni. (Rysunki). *B. Wojciechowski.*

A. Zinsser. **O zaśniadzie krwawym Breusa.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 30). 37-letnia wieloródka straciła w lutym miesiączkę, czuła się w ciąży, lecz zauważyła, że ciąża nie postępuje. W lipcu wystąpiło jednodniowe krwawienie, potem stan dobry, w listopadzie zaś krwawienie obfite 8-dniowe, które skierowało chorą do kliniki. Tu urodziło się, po wytamponowaniu pochwy i szyi gazą, jaje 13:9:5 cm., którego łożysko mierzyło 13:9:1 cm., płód zaś wymokły odpowiadał 9—11 tygodniom. Badanie drobnowidowe jaja wykryło cechy, znamienne dla zaśniadu krwawego Breusa. Z. wysnuwa ze swego przypadku następujące wnioski: Zaśniad powstać może także przy płodach starszych, niż to wynika z zestawienia Taussiga, czyli że przyczyną przerwy w rozwoju ciąży nie jest wada w pierwotnem założeniu serca. Zbyt znaczny niestosunek pomiędzy jajem, a osłonami, nasuwa w danym przypadku myśl o nadmiernej ilości wód płodowych. Ogniska zapalne w obrębie błon płodowych uważa Z. za zjawisko odczynu na obumarcie jaja. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

R. Klien. **Uwagi do artykułu B. Credégo „Pelvioplastik“ w Nrze 22 t. p.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 30). K. przestrzega przed wymienioną operacyą (patrz ref. w Przegl. Lek. 1906, Nr 25), gdyż 1) przy miernie ścieśnionych miednicach jest ona zbyteczną, 2) przy silnie ścieśnionych miednicach nie wypełnia swego zadania, 3) przy obustronnem wykonaniu może uszkodzić całość i siłę pierścienia miednicy. *B. Wojciechowski.*

J. Wechsberg. **O stwierdzaniu acetonu przy ciąży zewnątrzmacicznej.** (*Wien. klin. Wochs.* 1906, Nr 31). Baumgarten i Popper stwierdzili wybitnie aceton w siedmiu przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, a w jednym rozpoznawczo trudnym przypadku na podstawie ujemnego wyniku próby acetonowej wyłączyli ciążę zewnątrzmaciczną, co operacya potwierdziła. Powodem acetonuryi miały być według nich prawdopodobnie krwotoki do jamy brzusznej. Autor sprawdzał spostrzeżenia te na siedmiu przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej w klinice prof. Chrobaka w Wiedniu, w których badanie moczu ściśle przeprowadzono, a rozpoznanie dzięki operacyi nie ulegało wątpliwości. W pięciu badanych przypadkach nie znalazł ani śladu acetonu, a w dwóch wynik dodatni próby acetonowej był tak słabo zaznaczony, że nie można go było użyć w celach rozpoznawczych. Natomiast znajdował autor wielokrotnie aceton w moczu kobiet po operacyach, dokonanych w uśpieniu, w jednym przypadku raka macicy i w jednym przypadku ciąży zewnątrzmacicznej, połączonej z tężyczką. *Dr Blassberg.*

CHIRURGIA. Brentano. **Postrzały naczyń i ich leczenie.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 80, Z. II). Postrzały naczyń stanowią blizko 4 prc. zranień. Autor spostrzegał swoje przypadki w szpitalu w Charbinie w wojnie rosyjsko-japońskiej. Zranienia naczyń bywają poczwórnego rodzaju: 1) draśnięcia bez otwarcia światła, 2) draśnięcia z otwarciem światła, 3) przestrzelenie dziurowate, 4) rozerwanie. Naczynia nie usuwają się przed kulą zawsze, jak się to powszechnie sądzi, ale rany ich zatykają się prędko skrzepami i wskutek tego nie dają objawów. Chirurg spostrzega najczęściej trzy pierwsze rodzaje zranienia. Mimo zupełnego nieraz zatkania światła po postrzale, bardzo rzadko zdarza się zgorzel kończyn. Zranienia żył dają wskazania do operacyi jedynie przy równoczesnem zranieniu tętnic (żyłotętniaki). Krwotok tamują zwykle okoliczne tkanki, szczególnie powięzie i nerwy, przylepiając się do rany. Krew podbiega daleko pomiędzy mięśnie. Śmierć z krwotoku należy do rzadkości. Objawami zranienia naczyń są krwiaki, tętnienia i szmery naczyniowe. Żyłotętniaki potrzebują pewnego czasu do rozwoju, najmniej 10 dni. Następowe krwotoki zdarzają się przy zakażeniu rany i złym transporcie. Autor spostrzegał przestrzelenie aorty, a chory żył potem 70 dni i zmarł po operacyi z powodu zapalenia otrzewnej. Oba otwory w przestrzelonej aorcie były szczelnie zatkane włóknikiem i ściągnęły się bardzo. Tamponada po zranieniu naczynia niewiele pomaga na polu bitwy, a jest główną przyczyną zakażenia. Najlepiej działa ucisk i opatrunek ustalający. Objawy nerwowe, wywołane uciskiem krwiaków, tworzeniem się tętniaków, lub wreszcie zranieniem nerwów, nakłaniają nieraz do operacyi. W każdym przypadku zranienia naczyń uprawnionym jest lekarz do operacyi z obawy przed następowym krwotokiem lub wytworzeniem się tętniaka. Najlepszą chwilą do operacyi jest ta, gdy krwiak zniknie, a tętniak jeszcze się nie wytworzył. Najstosowniejszą operacyą jest wycięcie naczynia w ranie, poprzedzone w danym razie przedtem uciskiem, celem wytworzenia krążenia ubocznego. Co do szwu naczyń, to szyć można draśnięcie bocznie lub nawet po wycięciu kawałka naczynia okrężnie, ale technika szwu okrężnego jest trudną i żmudną. Użyć jej można przy żyłotętniakach. *Klęsk.*

Goldhammer. **Doświadczenia z suchem leczeniem ran w połdniowo-zachodniej wojnie afrykańskiej.** (*Archiv für klin. Chir.* T. 80, Z. I). Zadanie lekarzy w południowo-zachodniej wojnie afrykańskiej było bardzo trudne. Przebywano w dzikich i odludnych okolicach, nieprzyjaciel zjawiał się niespodziewanie i nie zachowywał żadnych względów, transport chorych był bardzo utrudniony, a wody zaledwie do picia dostać było można. Brak wody zmusił autora z konieczności do suchego leczenia ran. Wody brakowało nieraz tak, że trzeba było kilka dni czekać, nim zdarzyła się sposobność umycia sobie rąk. Wobec tego nie mogło być nawet mowy o oczyszczaniu okolicy rany, lecz poprostu przykładano na wierzch płatek gazy jodoformowej i zalepiano plastrem. Wogóle można powiedzieć, że najgłówniejszą rzeczą w ranach, zadanych na wojnie (prócz naturalnie ich ciężkości samej przez się) jest rodzaj transportu zranionego, a opatrunek sam odgrywa tu podrzędną rolę. Tak n. p. przy ciężkich złamaniach kości, w razie dokładnego opatrunku gipsowego uzyskiwano zgojenie zupełnie dobre bez odczynu, w razie zaś transportu bez opatrunku ustalającego, (lecz z opatrunkiem zwykłym, nawet najjałowszym), następowały ropienia i 50 prc. śmiertelności. Opatrywanie suche okazało się znakomitem i dawało 85 prc. doraźnego zagojenia się rany. Ropiały tylko rany opatrywane mokro, opatrywane nie fachowo lub bardzo zanieczyszczone. Nieprzyjaciel strzelał kamieniami, śrubami, gwoździami, a nawet kawałkami puszek z konserw. Ponieważ jednak ładowano niewiele prochu, rany zwykle nie były ciężkie. Silny krwotok zdarzał się rzadko, a raczej zranionych takich nie znajdowano już przy życiu. Śmierć z krwotoku stanowi zaledwie 1 prc. przyczyn śmierci. Bardzo trudno czasem odróżnić wejście kuli od wyjścia, zwłaszcza gdy pocisk trafia ciało skośnie, a wychodzi prostopadle. Najczęściej zranionemi bywają kończyny. Rany płuc przebiegają zwykle bez powikłań, lekko, podobnie zranienia mózgu. Rany jamy brzusznej dają gorsze rokowanie, a to z powodu, że często nie można odrazu otworzyć jamy brzusznej. Rany nerek goją się szybko, podobnie rany stawów, o ile nie są zakażone. *Klęsk.*

Löhrer. **W sprawie leczenia przykurczeń histerycznych kończyn dolnych znieczuleniem lędźwiowem.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 32, 1906). Zapomocą wstrzyknięcia rdzeniowego 0,05 stowainy udało się autorowi wyleczyć zupełnie uporczywe przykurczenie histeryczne stopy. Podobne spostrzeżenie ogłosił przedtem Wilens (ref. Przegl. lek.). *Klęsk.*

Richard Mohschmann. **Kazuistyczne przyczynki do poznania osteomalacyi ze specyalnem uwzględnieniem zniekształtnień kręgosłupa i mostka.** (*Archiv für Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie* 1906, Z. 4). Mohschmann podaje cztery przypadki osteomalacyi, przyłączając do nich własny, piąty, który dawał również obraz osteomalacyi i w którym to przypadku przy obdukcyi stwierdzono rozsianego raka kości. W pozostałych 4 przypadkach nie wykryto nic specyalnego. We wszystkich przypadkach szło o kyfotyczne formy, skrzywienia bocznego ze zmianami prawie takiemi samemi, jak przy skrzywieniu bocznem zwykłem, lub statycznem. *Doc. Chlumský.*

Georg Lohheisen. **Przepukliny urazowe.** (*Arch. für Ort. Mech. u. Unf.* 1906, Z. 4). Zdarza się często, że ludzie zwracają się do lekarza, prosząc o zbadanie, któreby wykazało, że u nich przepuklinę sprowadził nieszczęśliwy przypadek. Z żądaniem takiem spotykamy się szczególnie często teraz przy nadzwyczajnie rozpowszechnionym zwyczaju ubezpieczania się, ile że ubezpieczeni zyskują materyalnie, o ile dowiedzionem zostanie, że przepuklina powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku. Aż do najnowszych czasów większa część autorów przeczyła powstawaniu przepukliny, t. j. prawdziwej przepukliny na drodze urazowej. Lohheisen zebrał przypadki, które znał z literatury, jako przepukliny urazowe, poddał je dokładnej krytyce i doszedł do wniosku, że dotąd można z całą pewnością tylko sześć przypadków uznać za przepukliny urazowe. Pozostałe przypadki nie są pewne, a nawet wprost nie przedstawiają przepuklin urazowych. Jako urazowe oznacza on tylko takie przepukliny, przy których w związku z urazem lub wprost przez uraz powstaje prawdziwa przepuklina z workiem przepuklinowym, przyczem zewnętrzne powłoki brzuszne nie wykazują takiej zmiany, któraby zasługiwała na wzmiankę. Specyalnie zaś nie powinno być żadnej blizny zewnętrznej. Przepukliny, powstające w obrębie blizny, są przepuklinami bliznowemi, lub też, jak je Waldman nazywa, przepuklinami na podstawie urazowej. Takie przydarzają się bardzo często po operacyach (laparotomia). W innych przypadkach jelita występują, ale nie wypuklają otrzewnej, lecz przeciskają się przez lukę, w niej się znajdującą, na zewnątrz. Takie wypuklenie wewnętrznych narządów należy oznaczać jako wypadnięcie trzew, przyczem obojętnem jest, czy powłoki brzuszne ucierpiały na tem, czy też nie. Drugie pytanie, nad którem się tu L. zastanawia, polega na tem, jakie zachodzą stosunki, skoro przepukliny powstają po urazie, wysiłku etc. w miejscach predysponowanych. Podług niego, jak to było nadmienione, prawdziwa przepuklina urazowa ma tu powstawać bardzo rzadko. Przyznaje on jednak, że uraz lub wysiłek sprzyjają powstawaniu przepuklin i że dlatego ubezpieczeni w takich przypadkach mają pewne prawa do odszkodowania. Ale rozstrzygnięcie, czy przepuklina istotnie powstała po urazie, jest bardzo trudne, ponieważ zazwyczaj nie wiemy, czy przepuklina nie istniała już poprzednio i w tych przypadkach możemy polegać tylko na podaniu chorego. Lohheisen podaje rozmaite sposoby, jakby można dojść do właściwego rozpoznania, jest jednak zmuszony przyznać, że niema tu oznak pewnych. Radzi on, aby Towarzystwa ubezpieczeń podawały w tym względzie nową klauzulę, ażeby ten, kto się ubezpiecza od przepukliny, płacił wyższą premię. *Doc. Chlumský.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 4 września 1906 r.

1) Karwacki L. z okazyi spostrzeganego przez siebie przypadku przemawiał **w sprawie bakteryologicznego rozpoznawania przymiotu.** Chory uskarżał się oddawna na osłabie-

nie i bezsenność. Gdy środki skrzepiające zawiodły, zwrócił się do lekarza syfilidologa, który, przypuszczając kiłę, a nie mając dostatecznych podstaw klinicznych, zwrócił chorego do K. w celu zbadania bakteryologicznego. Według opowiadań chorego nie miał on nigdy owrzodzeń na prąciu, wysypki, ani wypadania włosów. Oprócz wybitnej bladości stwierdza się przy badaniu powiększone gruczoły w prawej pachwinie i nad prawym łokciem. Za pomocą strzykawki Pravaza nakłuł K. jeden z gruczołów pachwinowych, z wydobytego soku zrobił preparat i zabarwił go na krętki podług swojej metody. Znalazł na preparacie istną hodowlę krętka. Obok tworów typowych, były twory nitkowate różnej długości o skrętach nieregularnych mało stromych, a także ziarna z 2—3 biczykami, odpowiadające postaci »cytorrhyctes« Siegela. Jest to pierwszy przypadek przymiotu, rozpoznanego na podstawie badania bakteryologicznego. Fakt obecności w jednem polu widzenia postaci »cytorrhyctes« obok krętków wskazuje, że są to różne postacie rozwojowe jednego pasorzyta.

2) Karwacki L. pokazał preparaty i **hodowle paciorkowca śluzowatego z ropy, zebranej w jamie opłucnej.** Paciorkowiec ten na równi z dwoinkami Talamon-Fränkela i lasecznikami Friedländera wchodzi więc do parazytologii cierpień dróg oddechowych. Wywołuje on także nieraz zapalenie ucha środkowego i zapalenie opon. Cechę, wyróżniającą tę odmianę z pośród innych gatunków paciorkowca, stanowi śluzowaty rozrost na pożywkach stałych.

3) Janowski Wł. wypowiedział rzecz pt. **»Uwagi praktyczne w sprawie dawkowania kamfory, eteru i przetworów belladonny, oraz w sprawie stosowania morfiny«.** Sprawę stosowania i dawkowania wymienionych w tytule leków porusza J. ze względu na niezwykłą i niczem nieusprawiedliwioną ostrożność u naszych lekarzy w ich podawaniu, jak również z powodu rozpowszechnionej obawy przed większemi ich dawkami. Szczególnie ważne pod tym względem jest ujednostajnienie sposobu podawania kamfory. Jeszcze do końca roku ubiegłego nie była właściwie znaną dawka kamfory śmiertelna dla człowieka. Dopiero ogłoszone w grudniu r. 1905 badania doświadczalne Karola Happicha dowiodły, że dawką taką (przy wstrzykiwaniach do żył) jest 0,1 na 410 gramów wagi ciała zdrowego człowieka lub zwierzęcia. Stąd wynika, że śmiertelną dawką dla człowieka, licząc średnio około 60 kilo wagi, jest 15 gramów, liczby te jednakże możnaby jeszcze powiększyć ze względu na okoliczność, że wstrzykiwania zwykle bywają podskórne, a nie wśródżylne. Tak znaczna tolerancya ustroju względem kamfory tłómaczy się tem, że tylko niewielka część kamfory zostaje z ustroju wydaloną w stanie niezmienionym przez płuca, reszta zaś wiąże się z kwasami α i β glukuronowym i amidoglukuronowym. Powstałe stąd związki nie mają działania ani leczniczego, ani trującego. Ustroje, kwasów tych nie wytwarzające, mogą być zatrute nierównie mniejszemi dawkami kamfory. Ponieważ kwas glukuronowy powstaje z utlenienia dekstrozy, zjawisko to nastąpić może albo przy nieprawidłowem spalaniu cukru (cukrzyca, zatrucie wodnikiem chloralowym i t. p.), albo przy braku w ustroju cukru wskutek długiego jego głodzenia, albo wreszcie wobec braku tlenu, potrzebnego do utlenienia cukru, jak np. przy zatruciu tlenkiem węgla. Zjawiska te Happich stwierdził doświadczalnie. Opierając się na tych danych, J. za jednorazową dawkę kamfory, jeszcze nieszkodliwą dla człowieka wyniszczonego, uważa 2—3 gramów, dla ludzi zdrowych 3—5 gramów. J. stale używa do wstrzykiwań podskórnych wyłącznie 25% rozczynu kamfory, którego nieraz wstrzykiwał do 20 strzykawek w ciągu godziny ze zbawiennym skutkiem dla chorego. Jedynie tylko tak energicznemu stosowaniu kamfory zawdzięcza J. uratowanie życia wielu ze swych chorych, których wyprowadzał ze stanu ostatecznego, rozpaczliwego zapadu. Zarzut, słyszany nieraz, że działanie kamfory jest powolne, jest zupełnie niesłuszny; działa ona niewątpliwie w ciągu paru do kilku minut, jeżeli dawki właśnie nie są małe w stosunku do stopnia zapadu i jeżeli wstrzyknięta została głęboko pod skórę tułowia, a nie kończyn. Wewnętrznie podaje J. kamforę w dawce 0,12 i stosuje ją we wszystkich chorobach zakaźnych zapobiegawczo. Przy tak szczodrem stosowaniu kamfory J. nigdy nie spotykał żadnych objawów nerwowych i nigdy nie zauważył podrażnienia żołądka, o czem często wspomina wielu lekarzy. Oprócz przypadków zapadu i chorób zakaźnych, stosuje J. kamforę w chorobach nerek, gdzie tylko jaknajlepsze wyniki spostrzegał; zatrucia nie spostrzegał ani razu. Kamforą dobrze jest także podnieść działanie i innych środków sercowych.

Co się tyczy eteru, to stosuje go J. w dawce nie mniejszej, niż pięć strzykawek na raz, lecz działanie jego trwa znacznie krócej, niż kamfory. Pospolicie wstrzykiwana jedna strzykawka nie ma żadnego działania. Szczególnie dużo wstrzykiwać należy u opilców.

Podobne uwagi czyni J. i co do belladonny, atropiny i jej polimeru eumidryny. Przetwory te mają niezmiernie korzystny wpływ na przebieg niedrożności kiszek, kolki wątrobnej, oraz nerkowej i zapalenia wyrostka robaczkowego, trzeba je jednakże stosować w dużych dawkach. To też np. belladonnę przepisuje J. w ilości 0,05 kilka razy dziennie.

Przechodząc do omówienia stosowania morfiny, J. jak najenergiczniej przeczy mniemaniu, jakoby środek ten był przeciwwskazany przy cierpieniach serca, jak to utrzymują niektórzy. Właśnie w przypadkach gwałtownej senności, zależnej od niewyrównania serca, jak również przy dusznicy bolesnej nie ma lepszego środka, jak morfina zastosowana podskórnie wraz z kamforą. To samo dotyczy chorych nerkowych. Najodpowiedniejszą dawką jest 0,015. *J. L.*

Sekcya wadowicka Tow. lekarzy gal.

Posiedzenie w dniu 26 sierpnia 1906.

Obecnych członków 12.

1) Przyjęto sprawozdanie z ostatniego posiedzenia z dnia 18 marca 1906, również i

2) Sprawozdanie delegata na Walne zgromadzenie Towarzystwa lek. gal. we Lwowie, kol. Zawadzińskiego. Wnioski Sekcyi wadowickiej upadły, w szczególności wniosek o zmianę »Przeglądu lekarskiego« na dwutygodnik; wniosek zaś o polepszenie wynagrodzenia za szczepienie odesłano do załatwienia Radzie zawiadowczej.

W dyskusyi wyłoniły się nad tem sprawozdaniem delegata trzy wnioski: 1) aby wezwać inne sekcye Tow. lek. gal., aby się co rychlej zorganizowały celem łatwiejszego wzajemnego porozumienia się; 2) ażeby ogłaszać protokoły z posiedzeń w obu pismach lekarskich, 3) ażeby zgromadzenia odbywały się częściej. Przy tej sposobności wyrażono serdeczne podziękowanie kol. przewodniczącemu sekcyi Zawadzińskiemu za dotychczasowe bardzo gorliwe i energiczne zajęcie się zebraniami sekcyi.

3) Uchwalono zaproponować zmianę statutu Tow. lek. gal. w § 14 zamiast: »Tow. lek. lwowskie ustanawia sobie zarząd według własnego uznania«, — »Tow. lek. lwowskie i sekcye, posiadające więcej niż 30 członków, ustanawiają sobie zarząd według własnego uznania«.

4) Uchwalono uprosić Radę zawiadowczą o jaknajrychlejsze przeprowadzenie organizacyi wszystkich sekcyi Tow. lek. gal. i o to, aby skład biura sekcyi umieszczany był w sprawozdaniu Rady i mógł być znanym każdej sekcyi.

5) Uchwalono: Sekcya wadowicka uprasza Radę zawiadowczą Tow. lek. gal. o jaknajszybsze powiadomienie jej o wyniku rokowań z Izbami lekarskimi co do polepszenia i uregulowania wynagrodzenia za szczepienie dla lekarzy, a w szczególności dla lekarzy okręgowych.

6) Uchwalono prosić Radę zawiadowczą o nadesłanie należących się Sekcyi w myśl § 50 ustawy dwóch koron od każdego członka na potrzeby kancelaryjne sekcyi.

7) Nastąpiła obszerna dyskusya nad wnioskami kol. Bednarskiego z Alwernii, a mianowicie: a) aby w siedzibie lekarzy okręgowych utworzono szpitaliki dla chorych ubogich, a zwłaszcza w miejscach, oddalonych od szpitali powszechnych. Sprawę tę, wysoce humanitarną, natrafiającą jednak na przeszkody natury finansowej, gorąco polecono staraniom poszczególnych lekarzy okręgowych za pośrednictwem powiatowych komisyi zdrowotnych.

b) Usilnie starać się przez władze powiatowe i krajowe o dostarczenie lekarzom okręgowym większych przyrządów do odkażania mieszkań i bielizny po chorych zakaźnych. W sprawie tej uchwalono: Sekcya wadowicka uznając konieczną potrzebę odkażania po chorobach zakaźnych, proponuje, aby w każdym powiecie było kilka przyrządów odkażających, aby je zakupywała Rada powiatowa i oddawała albo do rąk lekarzy okręgowych, albo do rąk kierowników szkół.

c) Poprzeć przez Radę zawiadowczą Tow. lek. gal. i obie Izby lekarskie obie rezolucye deputowanego do Rady Państwa kol. Opydy, wniesione w parlamencie na posiedzeniu w dniu 5 marca 1902 r., a dotyczące zabezpieczenia wdów i sierót po lekarzach wolno praktykujących, jakoteż na wypadek ich nie-

zdolności do pracy i o podniesienie płacy lekarzy rządowych i zmniejszenie lat ich służby z 40 na 35 lat (Nr. 34 *Przegl. lek.*). — W sprawie tej postanowiono postarać się o współdziałanie wszystkich innych sekcyi Tow. lek. gal. a kol. Opydzie wyrazić gorące podziękowanie za podniesienie tych spraw w parlamencie.

d) Uchwalono prosić Izbę lekarską o zajęcie się tem, 1) aby władze sądowe nie wyzyskiwały lekarzy, wzywając ich w charakterze świadków, a nie rzeczoznawców; 2) aby w razie choroby lekarzy kolejowych, swego zastępcę opłacał nie chory lekarz, tylko odpowiednie korporacye; 3) aby Zakład ubezpieczeń od wypadków dla robotników we Lwowie płacił lekarzom za orzeczenie, tak jak to czynią podobne Towarzystwa w innych prowincyach; przy tej sposobności oświadczyła się Sekcya wadowicka za tem, ażeby najmniejsze wynagrodzenie wynosiło 10 koron; 4) aby sporządzono wzór kontraktu z Kasami chorych dla lekarzy Kas chorych.

8) Kol. Zawadziński polecił bardzo uwadze lekarzy budowę studzien w powiecie z kręgów cementowych wyrobu Józefa Jury w Wadowicach, których budowę rozpoczął Wydział powiatowy wadowicki w 12 gminach — i wiercenie studni głębszych sposobem kanadyjskim, które rozpoczął inżynier Zakładu hydrotechnicznego, p. Antoni Fleischmann ze Lwowa, w budynku sądowym w Wadowicach — poczem nastąpił:

9) wykład kol. Bukowskiego o **tętniakach urazowych** i przedstawienie **kamienia moczowego wydobytego na drodze bezkrwawej** z cewki moczowej — oraz

10) odczyt kol. Idzińskiego z Żywca: **»O urazach w brzuch«.**

Dr Stanisław Żędzianowski, sekretarz.

Dr Zawadziński, przewodniczący.

III. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1 kwietnia 1905 do d. 1 kwietnia 1906 r.

Ułożył

dr Kazimierz Dłuski.

(Dokończenie.)

Leczenie zamknęliśmy w ramach liczb, które objaśniają najważniejsze szczegóły jego wyników. Należy się więc szereg wyjaśnień, aby wszystkie szczegóły dokładnie scharakteryzować.

Zaczniemy od obciążenia dziedzicznego. Już w poprzednich sprawozdaniach mówiliśmy, że nie wywiera ono wielkiego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. Liczba obecna chorych, wolnych od wszelkiego obciążenia dziedzicznego, wynosi przeszło 51 prc., a więc jest nieco wyższą niższą w II. sprawozdaniu (48 prc.), w każdym razie znacznie niższą od liczby w I. sprawozdaniu (68 prc.).

Z kolei przechodzimy do wieku chorych, który w sprawie gruźlicy posiada pewną prawidłowość stale powtarzających się zjawisk, w związku z warunkami biologicznymi i socyologicznymi współczesnego życia, a więc posiada pierwszorzędne znaczenie.

Tutaj liczby są niemal zupełnie zgodne z liczbami z poprzednich lat. Liczba chorych w wieku 20—30 lat stanowi 46 prc. ogółu; na okres 30—40 lat przypada przeszło 25 prc., razem więc przeszło 71 prc.

Teraz przechodzimy do ostatecznych wyników leczenia, czyli do poprawy zdrowia naszych chorych. Tutaj zauważyć musimy, że, jak w poprzednich naszych sprawozdaniach, nie używamy określenia »wyleczenie«, gdyż od otwarcia sanatoryum nie upłynęło jeszcze całych 4 lat; czas więc zbyt krótki, aby mówić o pewnych i trwałych wynikach. Natomiast możemy śmiało mówić o poprawie, dającej się łatwo stwierdzić i sprawdzić. Rozróżniamy dwojaką poprawę: względną, czyli poprawę stanu ogólnego z zachowaniem tegosamego stanu w płucach, i poprawę wyraźną, gdzie przy podniesieniu najważniejszych czynności ustroju, spostrzegamy stopniowo idącą poprawę w płucach, dającą się uwidocznić zapomocą fizycznego badania, jak też i na podstawie podmiotowych objawów u chorego.

Wedle przyjętego zwyczaju dzielimy chorych zgodnie z podziałem Turbana na 3 okresy, aby tym sposobem przedstawić wyraźniej i szczegółowiej wyniki lecznicze. Już wspominaliśmy dawniej, że podział ten, mający za podstawę rozległość zmian w płucach bez uwzględnienia innych czynników, jest jednostronny, ale w braku lepszego, uważamy go, jako szemat kliniczny, za wystarczający. Otóż, jak nam wskazuje tablica II, uzyskaliśmy wyraźną poprawę u 155 chorych, co stanowi przeszło 67 prc. ogółu, względną u 29 chorych, czyli niemal u 13 prc. ogółu, razem około 80 prc. Ogólny wynik ten sam, co w poprzednich dwóch sprawozdaniach, ale w szczegółach przedstawia się pomyślniej, jak to poniżej zobaczymy. Zauważmy nadto, iż na 55 chorych w III okresie mamy wyraźną i względną poprawę u 26 osób, czyli przeszło 47 prc.

Z kolei przechodzimy do różnych szczegółów, objaśniających poprawę stanu ogólnego i miejscowego. Co się tyczy pier-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 kwietnia 1905 do 1 kwietnia 1906 r.

Narodowość		Płeć		Wiek lat	Wiek osób	Pochodzenie		Liczba dni leczenia
Polacy . . .	243	mężczyźni 143	kobiety 124	1—10	1	Warszawa . . .	28	2399
Rosyanie . . .	19			10—20	40	Królestwo . . .	69	6986
Inne narodowości . . .	5			20—30	116	Litwa		
				30—40	68	Wołyń		
				50—60	29	Podole	68	5161
				40—50	12	Ukraina		
				>60	1	Rosya		
						Galicya	92	8135
						Ks. Poznańskie i Śląsk pruski	6	480
						Inne	4	420
Razem	267				267		267	23581

Średnia pobytu jednego chorego w Sanatoryum 88,3.

Opuściło Sanatoryum	
osób	194
zmarło	4
pozostaje w leczeniu	69
Razem	267

TABLICA II.

Wyniki leczenia 229 chorych za czas od 1 kwietnia 1905 do 1 kwietnia 1906 r.

Płeć	Wiek chorych: lata	Wiek chorych: ? osób	Obciążenie dziedziczne: rodzaj*)	Obciążenie dziedziczne: ? osób	Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni	Ogólna liczba dni leczenia	Średnia liczba dni leczenia na osobę
mężczyźni 126 kobiety 103	1—10	1	0^1	49	przyjechało z gorączką osób 77 wyjechało » » 53 przyjechało bez gorączki osób 152 wyjechało » » 176	przyjechało z prątkami osób 126 wyjechało » » 97 przyjechało bez prątków » 193 wyjechało » » 132	167 osób przybrało średnio 7,6 kg. 12 osób straciło średnio 2,75 kg. 29 osób bez zmiany. 21 osób waga nieznana.	Ogólna liczba dni leczenia 22921.	Średnia liczba dni leczenia na osobę 100.
	10—20	31	0^2	8					
	20—30	105	0	55					
	30—40	60	bez	117					
	40—50	28							
	50—60	8							
	> 60	1							
229		229							

Wyniki leczenia: okresy	poprawa: wyr.	poprawa: wzgl.	poprawa: bez zmiany	pogorszenie	śmierć
75 osób I. okresu	65	9	1		
99 osób II. okresu	70	14	10	5	
55 osób III. okresu	20	6	5	20	4
razem osób 229	155	29	16	25	4

*) 0^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — 0^2 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — 0 oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

wszego, dotkniemy przyrostu wagi, który u poszczególnego chorego, mając na względzie osobną kategoryę gruźliczych, opisanych przez francuskich klinicystów pod nazwą *phtisiques gras*, nie może być ostatecznym dowodem poprawy, jednak przy większej ilości jest jej wymownym wyrazem. — Z liczb naszych wypada przyrost wagi u 167 chorych, co stanowi prawie 75 prc. ogółu; obliczony na 100 dni leczenia przyrost u jednego chorego wynosi średnio 7,6 kg. przyczem *minimum* wynosi 0,6 kg., *maximum* 22 kg. U 41 chorych przyrost wynosił 10 kg. i wyżej.

Z drugiej strony u 12 osób nastąpił ubytek wagi, średnio 2,7 kg.; *minimum* 0,5 kg. *maximum* 7,1 kg. Dodajmy do tego, że u 29 chorych waga pozostała bez zmiany; nieznana zaś u 21 chorych, którzy przez cały czas leczenia leżeli w łóżku.

Następnie wypada poruszyć inne znamienne objawy poprawy. Mamy na myśli w pierwszym rzędzie: ustąpienie gorączki i zniknięcie prątków Kocha w przebiegu leczenia. Z liczby 77 chorych, którzy przybyli do sanatoryum z gorączką, straciło ją podczas leczenia 24, czyli 31 prc. Jest to wynik gorszy, niż w poprzednich 2 sprawozdaniach (41 prc. i 48 prc.); natomiast mamy wyraźnie lepszy wynik co do prątków Kocha, które znikły zupełnie u 29 chorych na 126, czyli u 23 prc., gdy poprzednio zniknięcie to nastąpiło u 11 prc. i 14 prc.

Teraz przechodzimy do krwioplucia i krwotoków. Już w poprzednich sprawozdaniach zatrzymywaliśmy się obszerniej nad tą sprawą z tego powodu, iż klimat wysokogórski bywa uważany z góry za szkodliwy w takich razach, bez bliższego uwzględnienia stanu ogólnego i stanu miejscowego w płucach. Dość powiedzieć, że ktoś pluł krwią, aby usłyszeć nieuzasadnione zdanie, że już to samo jest przeciwwskazaniem do leczenia się w wysokogórskim klimacie. Pozwolimy sobie raz jeszcze przypomnieć statystykę prof. Eggera, dotyczącą 1613 chorych, leczonych w Arosie na wysokości 1850 metrów, wśród których krwotoki nastąpiły po raz pierwszy tylko u 2,5 prc. ogółu chorych. Statystyka ta jest zupełnie zgodna z naszą, gdyż na 157 chorych, którzy w wywiadach nie mieli ani krwioplucia, ani krwotoków, pokazały się one po raz pierwszy w sanatoryum u 3 chorych, czyli u 2 prc. Natomiast z liczby 72 chorych, którzy mieli krwotoki przed przybyciem do zakładu, powtórzyły się one u 18 (25 prc.), a nie pokazały się ani razu u 75 prc. Dodajmy do tego, że niektórzy chorzy właśnie z powodu obfitych krwotoków byli wysłani do zakładu i tu doznali znakomitej poprawy. Liczby te i fakty są dość wymowne i nie potrzebują żadnych objaśnień.

Również z góry przesądzanym bywa wpływ klimatu wysokogórskiego w stosunku do gruźlicy krtani. Często słyszy się zdanie, że kto jest dotknięty tem powikłaniem, powinien starannie unikać gór i leczyć się w ciepłym, a najlepiej w ciepłym morskim klimacie (Riviera). Nie ulega wątpliwości, że są takie postacie gruźlicy krtani, które nie nadają się do leczenia w górach i zamiast poprawy doznają pogorszenia. Ale to samo można powiedzieć o gruźlicy płuc wogóle. Stwarzać zaś ogólną regułę, że klimat wysokogórski działa szkodliwie w tym kierunku, jest błędem, stwierdzonym faktami. Nietylko w Zakopanem, lecz i w Davos, położonem o 500 m. wyżej, widzimy bardzo dodatnie wyniki przy stosowaniu miejscowem zwykłych środków odkażających, pod warunkiem jednakże, aby ogólny stan chorego się poprawił. Widzieliśmy już tutaj bardzo ciężkie wypadki owrzodzeń gruźliczych (powiedzmy nawiasem u chorych, przysłanych przez bardzo znanych naszych laryngologów), które doznały znakomitej poprawy. Widzieliśmy z drugiej strony lekkie przypadki, które pozostawały bez zmiany. Mieliśmy 29 chorych, dotkniętych gruźlicą krtani. W tej liczbie 3 pogorszenia, 8 bez zmiany, a 18 mniejszych lub większych polepszeń, co stanowi 62 prc. Ogólny wynik jest więc zupełnie zadowalniający.

Z kolei wymienić winniśmy inne ważne powikłania, któreśmy spostrzegali w ciągu leczenia, a mianowicie: nieżyt jelit przyrody gruźliczej (11 przypadków), cukrzyca (1), ropień płuca (1), dychawica oskrzelowa (2), odma opłucna, (4), gruźlicze zapalenie otrzewnej (2), wysięki opłucne (3), białkomocz (1), ropne zapalenie ucha środkowego (4), ropne zapalenie wyrostka robaczkowego z nast. ropniem podprzeponowym (1).

Wspominamy wreszcie o spostrzeżeniach, przytoczonych w poprzednich sprawozdaniach, a dotyczących usadowienia się głównych ognisk gruźliczych w prawem płucu z tyłu od grze-

bienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II. i III. międzyżebrzu. Ogniska te w obecnem sprawozdaniu wynoszą niemal 18 prc., — nieco większą od zeszłorocznej (15 prc.), — i odznaczają się temi samemi właściwościami. Wyprzedzają one pojawienie się sprawy w szczytach, lub istnieją samodzielnie przy szczytach niezajętych, odznaczają się większem natężeniem, skłonnością do rozpadu, wreszcie, w razie pomyślnego przebiegu sprawy mniejszą skłonnością do poprawy w porównaniu ze szczytami. Gdzie leży przyczyna tego zjawiska, zwłaszcza co się tyczy II. i III. międzyżebrza, odpowiedzieć dokładnie trudno. Dotykamy nakoniec sprawy suchego zapalenia opłucnej, które jak wiadomo, często się zdarza w przebiegu gruźlicy. W danym razie zwraca na siebie uwagę szczególnemi cechami, które już podkreśliliśmy dawniej i które zaznaczamy obecnie, jako znamienne z tego względu, że ogniska te częstokroć zjawiały się nawet w płucu zdrowem, odznaczały się wybitną przelotnością (tarcie i ból np. znikały w ciągu kilku godzin), szybko zmieniały miejsce, czasem zaś pojawiały się bez żadnych podmiotowych objawów i można je było wykryć dopiero zapomocą bardzo drobiazgowego badania. Takie znamienne suche zapalenie opłucnej spostrzegaliśmy u 12 prc. chorych.

Z porównania niniejszego sprawozdania z poprzedniem możemy wysnuć wniosek, iż wyniki lecznicze obecne są pomyślniejsze.

Popatrzmy na liczby. W III. okresie mamy wprawdzie obecnie 24 prc. ogółu chorych, gdy poprzednio mieliśmy tylko 18 prc., z drugiej jednak strony mamy wśród tej najcięższej kategoryi chorych 47 prc. ogółu polepszeń, przyczem wyraźna poprawa stanowi 36 prc., gdy dawniej mieliśmy 44 prc. polepszeń z wyraźną poprawą, wynoszącą 28 prc. Wynik więc lepszy i z tego względu dla nas ważny, że rzadziej, niż poprzednio, przyjeżdżają, — bądź z porady lekarskiej, bądź z własnego popędu, — do zakładu chorzy w rozpaczliwym stanie zdrowia. W tym kierunku prowadzimy nieustanną propagandę zarówno wśród publiczności, jak też wśród lekarzy, wskazując na szkodę i materyalną i moralną, jaka wynika dla chorego i jego rodziny, gdy chory ten bez żadnych widoków wyleczenia przyjeżdża do zakładu poto tylko, aby tam umrzeć. Przypadki takie, gdzie przywożą chorych napół żywych, są coraz rzadsze. Mamy nadzieję, że zgodnie z interesami chorych, nie mówiąc już o interesach zakładu, będą coraz rzadsze.

Ale te liczbowe lepsze wyniki dotyczą nietylko chorych III. okresu, odnoszą się one do całego ogółu. Choć ogólna liczba polepszeń wynosiła i wynosi okrągło 80 prc., — liczbę wcale poważną — lecz teraz wyraźna poprawa wynosi 67 prc., gdy poprzednio wynosiła tylko 63 prc. Różnica wprawdzie niewielka, ale w każdym razie w bilansie leczenia stoi po stronie »ma«. Pod tą samą rubryką możemy zapisać nieco większy średni przyrost wagi, a co najważniejsza, spostrzegamy pokaźną już różnicę w zniknięciu laseczników Kocha pod wpływem leczenia. W poprzednich dwóch sprawozdaniach zniknięcie to wynosiło 11 prc. i 14 prc., obecnie zaś podniosło się do 23 prc.

Streszczając wszystkie szczegóły naszego sprawozdania, dochodzimy do pewnych ogólnych wniosków. Materyał kliniczny coraz lepszy, a więc przy stosowaniu niezmiennem tej samej metody wśród tych samych warunków klimatycznych i higienicznych wyniki leczenia muszą być lepsze. Jest to okoliczność bardzo pocieszająca. Pozwala ona przypuszczać, że zakład nasz odpowiada swemu zadaniu, że jest instytucyą pożyteczną i to z tego powodu, że przeznaczonym jest dla tej kategoryi chorych, którzy, mając widoki poprawy zdrowia, mogą być wróceni jako pożyteczne jednostki społeczeństwu. Wprawdzie wybór klimatu dla każdego z chorych i dla poszczególnych postaci gruźlicy jest rzeczą bardzo trudną i tylko spostrzeganie chorego, baczne śledzenie całego przebiegu jego choroby może doprowadzić do określonych wniosków, które niejednokrotnie zadają kłam pierwszym wrażeniom, opartym na początkowem, choćby i najbardziej dokładnem badaniu. Ale ta trudność maleje, skoro chodzi o ogólne wskazania dla ogółu chorych. Otóż materyał kliniczny, którym obecnie rozporządzamy — (zacząwszy od listopada 1902 r. do kwietnia 1906 r. 690 chorych) — pozwala nam na określenie pewnych ogólnych zasad. Do leczenia klimatycznego nadają się przedewszystkiem chorzy z niewielkiemi zmianami w płucach, w dobrym stanie odżywienia i z ciepłotą prawidłową, jednem słowem początkujące postacie gruźlicy. W takim razie klimat wysokogórski, podnosząc rozmaite podupadłe czynności ustroju, wywiera bardzo wyraźnie wpływ znakomity, częstokroć w krótkim przeciągu czasu. Ale nawet chorzy z gorączką, towarzyszącą rozleglejszym zmianom w płucach, doznają niejednokrotnie poprawy, pod warunkiem, aby ustrój nie był wyczerpany przez chorobę, aby najważniejsze czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie, nie były ostatecznie zrujnowane, aby ustrój ten miał jeszcze dostateczny zapas sił do walki z zarazkiem i wyrządzonemi przez niego szkodami. W takich razach wyniki bywają zwykle zadowalniające. Natomiast nie może nawet być mowy o leczeniu w tych przypadkach, w których przy rozległych i głębokich zmianach w płucach są powikłania w zakresie jelit i nerek, gdzie ustrój jest podminowany u swych posad przez trawiącą go gorączkę wyniszczającą i jednocześnie zupełnie wyczerpany przez niemożność odżywiania. Wtedy wysokogórski klimat działa bez wątpienia ujemnie. Ustrój, niezdolny do żywszej wymiany materyi, jakiej wymaga od niego podniecające górskie powietrze, jeszcze prędzej się wyczerpuje i pada szybciej w nierównej walce z wrogiem. Bardzo jest pożądane, aby te ogólne wskazania lecznicze były należycie rozważane i zrozumiane. Leży to zarówno w interesie chorych, jak i Zakładu. Chory przyjeżdża do Zakładu dla jedynego celu, dla odzyskania zdrowia, ale powinien mieć warunki potemu; skoro zaś ich nie ma, Zakład nie może dać tego, co jest niepodobieństwem. Trzeba jasno zdać sobie sprawę z tego, że wysokogórskie powietrze, mając pierwszorzędne zalety lecznicze dla całej kategoryi chorych, o których wyżej wspominaliśmy, jest wprost szkodliwe dla innych. Trzeba należycie ocenić jego rolę i znaczenie. Tymczasem od klimatu naszego wymaga się rzeczy niemożliwych, aby ratował chorych, których nic już uratować nie może, aby dawał zdrowie tym, którzy już stoją u progu śmierci. Przesada, pochodząca z przeceniania czynników klimatycznych, która w błędnem rozumieniu rzeczy prowadzi do zgoła fałszywego wniosku, że po wyczerpaniu wszelkich środków pozostaje jedyne wyjście dla chorego: Zakopane. Tymczasem rzecz ma się wręcz przeciwnie.

Z drugiej strony widzimy krańcową przesadę w przeciwnym kierunku. Klimat tutejszy zostaje odartym ryczałtowo ze wszelkich zalet, pozbawionym bezkrytycznie wszelkiego znaczenia leczniczego, wszelkich cech dodatnich dla chorych. Choć składowe jego czynniki mogą być lub są zupełnie takiesame, jak klimatu wysokogórskiego na zachodzie, to klimat zachodni zawsze jest rzekomo lepszy, bo nie jest swojski, lecz zagraniczny. I tu czytamy cały akt oskarżenia przeciw Zakopanemu, że powietrze jest za ostre, że wilgoć na wiosnę lub w jesieni jest znacznie dolegliwsza, niż na nizinach, że wreszcie halne wiatry czynią stały pobyt tu niemożliwym. — Istotnie powietrze jest ostre w porównaniu z nizinami i to stanowi jego ważną zaletę, którą trzeba należycie ocenić, a wtedy można ją w odpowiedni sposób wyzyskać dla chorych. Jest i może być ono za ostre, ale nie samo przez się, lecz w stosunku do danej kategoryi chorych, i wtedy trzeba go unikać. Że nie jest wilgotniejsze na wiosnę lub w jesieni, niż w dolinach, tego dowodzić zbyteczna, gdyż przy stale mniejszem ciśnieniu jest zawsze suchsze, z tem zastrzeżeniem, że stopień wilgotności względnej waha się pod wpływem ciepła, prężności pary i innych czynników nietylko w różnych porach roku, ale w ciągu miesiąca, tygodnia i dnia. Co się tyczy halnych wiatrów, występujących w wybujałej wyobraźni w postaci postrachu dla chorych, nie ulega wątpliwości, iż stanowią one przeszkodę w leżeniu na werandach, ale działającą bardzo krótko, gdyż średnio wiatry te panują wedle meteorologicznych spostrzeżeń ledwo kilkanaście dni w roku. Tak krótki czas uniemożliwienia leżenia na werandach, wobec tego, że wogóle powietrze tu jest spokojne, nie może wpływać na ogólny przebieg leczenia. Więc z czynnikiem tym z punktu widzenia wskazań leczniczych liczyć się poważnie nie należy. Jest to już zadaniem miejscowych lekarzy w Sanatoryum chronić chorych od wszelkich szkodliwych czynników wogóle, a tem samem i od halnych wiatrów.

Streszczając raz jeszcze w kilku słowach wszystko, wyżej powiedziane, ośmielamy się przypuszczać, że Sanatoryum, jako placówka w walce z gruźlicą, stara się spełnić swe społeczne zadanie w miarę swych sił i środków. Dopomaga mu w tem zaufanie, jakie stopniowo zdobywa wśród ogółu naszego społeczeństwa, dzięki poparciu ze strony lekarzy polskich, a także dzięki dodatnim wynikom leczniczym, które coraz więcej dochodzą do wiadomości szerokich warstw publiczności. Zaufanie to będzie bodźcem dla dalszej pracy i zachętą do wytrwania na trudnem stanowisku. Tylko w takich warunkach praca może być prawdziwie owocną i pożyteczną. Sanatoryum połączone jest ścisłym węzłem moralnych interesów z całem społeczeństwem. W tej harmonii leży gwarancya jego rozwoju dla pożytku naszego kraju.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawa funduszu pensyjnego dla lekarzy.

Referat opracowany przez dra A. Langiego dla Wydziału Izby zachodnio-galicyjskiej na Wiec Izb w Krakowie 1906 r.

Upadek materyalny zawodu lekarskiego znany jest wszystkim, tem bardziej nam, w Izbach lekarskich pracującym, przez których ręce przechodzą rokrocznie te masy podań o zapomogi, będące jaskrawą, a bolesną upadku tego ilustracyą. Dlatego też nad założeniem tem, z którego wychodzę, przedkładając pewne zaradcze propozycye, — szerzej rozwodzić się nie będę. Przypomnę tylko, że od samego początku swego istnienia austryackie Izby lekarskie wzięły sobie za cel stworzenie instytucyi, któraby zabezpieczała byt materyalny lekarzom, ich wdowom i sierotom, niezależnie od różnych wahań, sprowadzających na stan nasz okresy materyalnego powodzenia i upadku.

Przedewszystkiem zadawano sobie w Izbach, zajmujących się tą sprawą szczególniej gorliwie (wiedeńska, morawska, dolnoaustryacka i wschodnio-galicyjska) pytanie, czy to ubezpieczenie na starość lekarzy, ich wdów i sierót ma być dowolne, czy przymusowe? Zgodzono się przeważnie, że tylko przymusowe ubezpieczenie odpowie w całości celowi swemu, ale zarazem tak postawiona rzecz napotkała na pewne trudności, wynikające stąd, że ubezpieczenie przymusowe może wejść w życie jedynie drogą uchwalonej przez ciało prawodawcze ustawy.

Nie zrażone niepowodzeniem, Izby nie przestały sprawy tak ważnej spuszczać z oka, a widząc, że doprowadzenie jej do pomyślnego rozwiązania sporo wymagać będzie czasu, postanowiły jako środek tymczasowy obmyślić na razie coś, coby choć w części złemu zaradzić zdołało. Stąd początek gromadzenia przez każdą Izbę funduszów na doraźne zaopatrzenie swych członków z oszczędności wkładek, z grzywien, z zapisów, z przelanych do Izb funduszów byłych gremiów chirurgicznych i t. p. I z biegiem lat niektóre Izby jak: wiedeńska, morawska, dolnoaustryacka, obie czeskie, styryjska, zdołały zebrać dość znaczne fundusze, inne, np. lwowska, utworzyła kasę dla chorych lekarzy, (obecnie dostępną i dla członków Izby krakowskiej), a zachodnio-galicyjska pobiera po 4 korony od członka na fundusz zapomogowy. W ostatnich zaś czasach niemal wszystkie Izby przystąpiły do wiedeńskiego »Instytutu zapomogowego dla wdów i sierot po lekarzach«.

Ale przy obecnem fatalnem położeniu przeważnej większości lekarzy wymienione sposoby nie wystarczają, bo pomijając już, że pomoc nie może być ani wydatną, ani stałą, to jeszcze w dodatku ma ona zawsze charakter jałmużny, co bardzo przykre i godności stanu uwłaczające. Dlatego też coraz natarczywiej odzywa się potrzeba i słychać tak w poszczególnych Izbach, jak w Towarzystwach lekarskich i w prasie zawodowej, głosy nawołujące do stworzenia jak najrychlej instytucyi, w którejby każdy lekarz mógł swoją i swojej rodziny przyszłość ubezpieczyć z możliwie najmniejszym wkładem, bo dużo wkładać nie ma z czego, a przecież z tą pewnością, że on sam w chwili krytycznej lub na starość, — a wdowa i sieroty po śmierci jego otrzymają pomoc wydatną i że otrzymają pomoc tę jako swe prawo w pewnej z góry oznaczonej wysokości, a nie jako jałmużnę i to niepewną. Dać zaś to mogą jedynie i wyłącznie przymusowe, obowiązkowe urządzenia asekuracyjne, bo wszystkie dotychczasowe dowolne ubezpieczenia lekarzy mogły może pomódz w poszczególnych wypadkach, ale nie zapobiegły widocznemu, ciągle postępującemu upadkowi materyalnemu naszego stanu, ani nie zdołały usunąć niedostatku, często wprost nędzy tylu owdowiałych żon lekarzy i sierót, pozostawionych bez żadnego zaopatrzenia. Dla poparcia przytoczę przykład, wyjęty ze sprawozdania: »Das erste Dezennium der Aerztekammern in Oesterreich«. W wiedeńskim instytucie: »Wittwen- und Waisensocietät des Wiener medizinischen Doktorenkollegiums« założonym jeszcze w 1758 roku, ubezpieczonych jest zaledwie 419 lekarzy, — w podobnym pragskim tylko 118 lekarzy.

Chociaż więc uderzającą jest potrzeba przymusu dla zapewnienia losu tym, którzy sami o przyszłości swej myśleć nie chcą, czy nie umieją, — chociaż zrozumiały to Izby, jednak przez 10 lat swego istnienia nie zdołały zadania tego przeprowadzić, raz dla oporu, jaki wśród krótkowidzących lekarzy napotykały, powtóre dla obojętności, a nawet do pewnego stopnia nieprzychylnego stanowiska rządu, który dotyczące tego projekty, wniesione swego czasu przez Izbę wschodnio-galicyjską, później przez Izbę dolno-austryacką — odrzucał.

Ale niepowodzenia nie mogą dla Izb, co mają stać na straży interesów naszego zawodu, być powodem do zniechęcenia; niech raczej staną się bodźcem, aby tem energiczniej, tem natarczywiej domagać się tego, co potrzebne i konieczne. Opór można wytrwałością złamać, obojętność pobudzić do czynu, — a rządy w Austryi tak często się zmieniają! Wykażę też zaraz, jak usiłowania pewnej grupy lekarzy zdołały przecież do tego doprowadzić, że projekt ubezpieczenia nie został »a limine« przez rząd odrzucony, owszem znalazł nawet przychylne przyjęcie; — a że dotąd owoców nie przyniósł, wina już innych okoliczności, które wywołały dobrze zresztą znany zastój w pracach parlamentu austryackiego.

Wydział zawiązanego przed pięciu laty w Krakowie Towarzystwa Samopomocy lekarzy opracował szczegółowy projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy celem zapewnienia im odpowiedniej emerytury, jak również pensyi dla wdów i sierot. Dnia 12 marca 1902 r. wniosło prezydyum tegoż Towarzystwa odpowiednią petycyę do Rady państwa i do Rządu, a delegaci, którzy petycyę tę do Wiednia powieźli, uzyskali nie tylko przyjęcie jej, ale zapewnienie od bardzo wpływowych osób, że zajęcie się tą sprawą i jej przeprowadzenie jest konieczne.

Gdy jednak od owego czasu upłynęły cztery lata, a o dalszych losach petycyi nic nie słychać (prawdopodobnie z powodu ogólnego zastoju prac parlamentarnych), należy rzecz tę podnieść na nowo, a podjąć się tego powinny Izby lekarskie w myśl wyrażonego w »Sprawozdaniu z dziesięciolecia Izb« zapatrywania: »Die Kammer muss sich, von der Erkenntniss geleitet, dass sichere und radicale Abhilfe gegen den herrschenden und voraussichtlich noch zunehmenden Notstand nur auf dem Wege der obligatorischen Versicherung geschaffen werden kann, allen Tendenzen gegenüber ablehnend verhalten, die sich der Verwirklichung dieses Zieles, wenngleich »bona fide« entgegenstellen. Immer dringender, immer ungestümer wird das Verlangen nach Wohlfartsinstituten mit Zwangscharakter an die Tore der verwaltenden und gesetzgebenden Körperschaften pochen und seine Kraft nimmt zu, je tiefer der Wohlstand der Berufsgenossen sinkt«.

W tej myśli więc, że sprawa nie cierpi zwłoki, postanowiła Izba zachodnio-galicyjska wnieść rzecz na tegoroczny Wiec austryackich Izb lekarskich w Krakowie i w tym celu przedłoży tam odpowiednie wnioski.

Nie kuszę się o wypracowanie gotowego we wszystkich szczegółach projektu, bo zadaniem to będzie czy Wydziału wykonawczego Izb, czy osobnej umyślnie w tym celu wybranej komisyi, lecz przedstawić pragnę tylko zasady, na których najpraktyczniej zdaje się byłoby oprzeć ubezpieczenie lekarzy. Zasady te czerpię z gruntownie opracowanego projektu Towarzystwa Samopomocy lekarzy, który właśnie w postaci wspomnianej wyżej petycyi został już do Rady państwa i do Rządu wniesiony.

Zasady te są następujące:

1. Wszyscy lekarze, będący członkami Izb lek. austryackich obowiązani są do ubezpieczenia się w Zakładzie pensyjnym lekarzy austryackich, który w tym celu powstać ma jako nowa instytucya państwowa. Od obowiązku tego uwolnieni są tylko ci lekarze, którzy ze stanowiska swego urzędowego w służbie publicznej mają już zapewnioną emeryturę.

2. Ubezpieczenie nadaje prawo do emerytury w wysokości zapewnionej urzędnikom panstwowym co najmniej rangi X w odpowiednim stosunku pensyi wdowiej i dodatku dla sierot.

3. Ubezpieczenie nadaje prawo do renty na wypadek choroby i przejściowej niezdolności do zarobkowania, — na wypadek zaś stałej niezdolności do pracy otrzyma ubezpieczony dożywotnią rentę inwalida w wysokości odpowiedniego emeryturze procentu.

4. Wszystkie wymienione renty, pensye wdowie i emerytury wypłaca administrujący funduszem pensyjnym c. k. centralny Zakład pensyjny lekarzy austryackich, czynności pośredniczące załatwiają Izby.

5. Fundusz pensyjny tworzy się: a) z opłat uiszczanych przez ubezpieczonych lekarzy w postaci stałej premii rocznej; b) z dochodu, pochodzącego ze stempla receptowego; c) z opłat wnoszonych przez zakłady, władze i instytucye, które z usług lekarzy stale korzystają bez zapewnienia im emerytury.

Jak z powyższego wynika, opiera się projekt ten na zasadzie ubezpieczenia przymusowego, oraz na zasadzie wciągnięcia

do współudziału w stworzeniu i zasilaniu funduszu pensyjnego, także sfer pozalekarskich a więc ogółu leczących się i instytucyi zatrudniających lekarzy.

Zasada pierwsza t. j. przymus nie wymaga chyba bliższego uzasadnienia po tem, co na wstępie powiedziano. W zakładach asekuracyjnych dowolnych ubezpieczają się przeważnie ci, których stać na to, a cała większość lekarzy niezamożnych, a więc najbardziej ubezpieczenia potrzebujących, — nie ubezpiecza się właśnie z powodu niemożności opłacania wysokich premii.

Za drugą zasadą przemawiają znów następujące względy: Już w uchwalonej przez Radę państwa ustawie o ubezpieczeniu urzędników prywatnych wychodził rząd z zapatrywania, że pracodawca winien umożliwić swemu urzędnikowi nie tylko byt (przez stosowną płacę) w czasie, gdy z pracy jego korzysta, ale nadto przyczynić się do zapewnienia mu bytu także i na ten czas, gdy zdrowie urzędnika podupadnie i gdy wskutek lub przynajmniej przy pracy, spełnianej dla pracodawcy, siły jego się strawią. Odpowiednio do tego w ustawie tej nałożono na pracodawcę, względnie służbodawcę, obowiązek wnoszenia opłat i to nawet znacznie większych od tych, które sam ubezpieczony uiszcza.

Dla lekarza pracodawcami są poprostu chorzy, którym poświęca on swój czas, swą wiedzę, pracę, zdrowie, często życie. Objawem widocznym usługi, wyświadczonej przez lekarza choremu, bywa najczęściej recepta, dlatego sądzę, że ostemplowanie recept kosztem chorych z przeznaczeniem kwot, stąd uzyskanych, na uzupełnienie funduszu pensyjnego byłoby najsprawiedliwszą formą, w jakiej społeczeństwo winno być pociągniętem do współudziału w ubezpieczeniu lekarzy. Co więcej byłoby ono formą, najłatwiejszą do przeprowadzenia.

I drugi jeszcze motyw, już praktycznej natury, przemawia za wciągnięciem do współudziału tego sfer pozalekarskich. Wszystkie dotychczasowe projekta ubezpieczenia lekarzy napotykały główną trudność w tem, że premie, które musieliby opłacać lekarze sami, byłyby stosunkowo zbyt wysokie; jest bowiem rzeczą smutną, choć prawdziwą, że wielu bardzo nie mogłoby poprostu premii takiej opłacać. Premia więc składana corocznie przez lekarza, musi być możliwie niską, a brak stąd powstały, uzupełnić trzeba kosztem tych, co ze świadczeń lekarzy korzystają.

Zaproponować przeto należy ustawowe wprowadzenie stempli receptowych po cenie bardzo niskiej. Powinny one być na składzie w każdej aptece i pod grozą kary pieniężnej wzbronionem byłoby wydanie lekarstwa na receptę bez stempla. Stempel mógłby przylepiać aptekarz na recepcie przyniesionej przez chorego, wpisywałby w rachunek za lekarstwo koszt stempla i w ten sposób ściągał wartość jego.

Nie jest to myśl nowa, gdyż ostemplowanie recept proponowano już na pierwszych wiecach Izb lekarskich i wtedy, co prawda, projekt ten nie doznał należytego poparcia. Przytaczano przeciw wywody dość błahe, a z biegiem czasu i ich siła znacznie osłabła. Obecnie zmieniło się nieco zapatrywanie przeciwników tej myśli, czego dowodem choćby liczne głosy poważnych kół lekarskich w Wiedniu, gdzie np. dr Stricker przypomniał w roku bieżącym znów stempel receptowy i gorąco za wprowadzeniem go wystąpił.

Co więcej, my w Galicyi, możemy wywodom, snutym przy zielonym stoliku, przeciwstawić fakta, na praktycznem oparte doświadczeniu. Oto Towarzystwo Samopomocy lekarzy, nie oglądając się na nic, zaprowadziło od 2 lat dobrowolne stemplowanie recept przez chętnych tej myśli lekarzy znaczkami po 4 halerze. Stemple te, a raczej znaczki (bo nie są jeszcze urzędowemi markami), na które z początku wielu kolegów patrzyło jakoś niechętnie, rozpowszechniają się coraz bardziej, a ze strony publiczności nietylko nie spotkały się z żadnym oporem, przeciwnie wielu bardzo chorych żąda od lekarza przylepienia znaczka na recepcie, wiedząc, że drobna kwota, którą za to uiści, idzie na cel humanitarny. Przez ubiegłe 2 lata uzyskano z rozsprzedaży znaczków receptowych 12,571 koron, a uzyskanoby niewątpliwie więcej, gdyby nie to, że tylko gorliwsi koledzy o nich pamiętają, że wielu nie używa ich przez lenistwo lub zapomnienie. Temu zaradziłby przymus stemplowy, a jak znaczne ze źródła tego płynęłyby kwoty, gdyby każda recepta w całej Austryi musiała być ostemplowaną, dowodzić chyba jest rzeczą zbyteczną.

Mógłby ktoś zrobić zarzut, że takie przymusowe stemplowanie recept to nowy podatek, — rzecz, zwłaszcza w Austryi, niezbyt sympatyczna. Tak jest, ale ten podatek będzie tak mały (bo cena stempla wynosićby nie powinna więcej jak 1—2 halerzy), że chory niemal go nie odczuje, gdyż nie zrobi mu to różnicy, czy za lekarstwo zapłaci koronę, czy 101 halerzy. Przeciw zarzutowi, skąd ubodzy wezmą pieniędzy na opłacenie stempla — odpowiedź prosta: stąd, skąd biorą na lekarstwo. Przecież i teraz ubogim nie wyda aptekarz za darmo leków, lecz pobiera zapłatę, którą uiszcza albo jakaś instytucya, lub prywatna osoba, opiekująca się ubogim chorym. Z tego samego źródła znaleść się będzie musiał ów halerz więcej za stempel receptowy.

Niewątpliwie wprowadzenie stempli obciąży nieco wszystkie kasy dla chorych i z ich strony, a nie ze strony ogółu publiczności, należałoby się spodziewać opozycyi. Wobec jednak znanego faktu, jak nędznie wynagradzają kasy te swych lekarzy, wobec faktu, że nie zapewniają im nawet po najdłuższych latach ani emerytury, ani renty na wypadek choroby, obciążenie kas tych na rzecz lekarzy nie byłoby rzeczą niesłuszną, przeciwnie: zupełnie sprawiedliwą.

Zresztą nie należy z zaprowadzenia stempli robić »kwestyi gabinetowej«; niech tylko znajdzie się inny sposób stworzenia dostatecznych funduszów pensyjnych, a przy stemplach receptowych nikt upierać się nie będzie; lecz z drugiej strony z całą świadomością wyrażam przekonanie, że innego sposobu tak szybko, pewnie i pokaźnie zasilającego fundusz pensyjny znaleźć nie łatwo, wszak szukano go już, a nie znaleziono i dlatego też odzywają się coraz liczniejsze głosy: że wrócić należy do dawnej myśli stemplowania recept.

Już z tego źródła, łącznie z premią, opłacaną przez samego lekarza, da się osiągnąć bardzo pokaźne kwoty, jak dowodzi rachunek, sporządzony przez zawodowego rachmistrza jednej z poważnych instytucyi asekuracyjnych (rachunek zamieszczony w petycyi Tow. Samop. lek.), ale ten sam rachunek wskazuje zarazem, że kwoty te jeszcze cokolwiek nie wystarczają, brak mianowicie pewnego procentu pełnej emerytury dla każdego ubezpieczonego. I ten to właśnie brak pokryćby musiały — w myśl przyjętej raz zasady, — stałemi premiami i opłatą za stemple receptowe te zakłady i instytucye, które lekarzy zatrudniają, nie zapewniając im żadnej emerytury. Mam na myśli: kasy chorych wszelakiego rodzaju, zarządy kolejowe, zarządy miejskie, rady powiatowe, fabryki, towarzystwa asekuracyjne, wreszcie sądy i inne instytucye rządowe. Wszystkie te instytucye powinny przyczyniać się do zasilania funduszu pensyjnego dla lekarzy przez wnoszenie jako stałych premii pewnego procentu od wynagrodzenia wypłacanego lekarzom, oraz przez opłacanie stempli na recepty, dla członków tych instytucyi zapisywane. Już na II. Wiecu Izb postawił delegat Izby Kraińskiej wniosek w tym duchu, opiewający: »Bei der Bildung des Pensions- und Altersversorgungsfondes soll in erster Linie der Staat, in zweiter das Publikum und erst in letzter der Arzt selbst herangezogen werden«, uzasadniając go tem, że wogóle zanadto odwołuje się do samopomocy lekarzy, chociaż żaden inny stan nie świadczy tyle usług tak państwu, jak i publiczności, i to w wielu razach bezpłatnie, po większej zaś części za nieodpowiedniem do nakładu pracy, stopnia wiedzy i połączonych z pracą tą niebezpieczeństw wynagrodzeniem — z pobudek li tylko humanitarnych.

Postawiona wyżej zasada centralizacyi funduszu była już też przedmiotem dyskusyi na Wiecach Izb. Roztrząsano obszernie, czy ma być utworzony jeden centralny fundusz dla wszystkich lekarzy, należących do różnych Izb, czy też powinno się dążyć do decentralizacyi. Już wtedy podniesiono, że za centralizacyą przemawia ten wzgląd, że okręgi różnych Izb są różne i niektóre tak małe, że zadaniu temu ze względów finansowych sprostaćby nie mogły.

Rzecz jasna, że skreśliłem tutaj tylko szkic ogólny przyszłej ustawy, szkic, który posłużyć ma za drogowskaz przy obszernych badaniach, jakie przedsięwziąć będą musieli ci, co zajmą się opracowaniem szczegółów. Zaznaczam jednak wyraźnie, że zasady te, zaczerpnięte ze wspomnianej już kilkakrotnie petycyi Tow. Samopomocy lekarzy, opierają się na realnej matematycznej podstawie, — zwracam nadto uwagę, że tylko w ten sposób projekt mógłby być przeprowadzonym bez nadmiernego obciążenia wszystkich czynników, powołanych do współdziałania w utworzeniu funduszu pensyjnego.

Oto w ogólnych zarysach uzasadnienie wniosków konkretnych, jakie Izba zachodnio-galicyjska zgłosić ma na tegorocznym Wiecu Izb lekarskich w Krakowie.

Bardzo ciekawą skargą przeciw lekarzowi zajmuje się teraz, jak donosi »Die Zeit«, austryackie ministerstwo sprawiedliwości. A mianowicie prokuratorya oskarżyła znanego wiedeńskiego lekarza, dra E., o oszustwo dlatego, że leczył listownie

na choroby weneryczne różne po za Wiedniem mieszkające osoby i przyjmował za to honoraryum. Prokuratorya chce w ten sposób przeciwdziałać coraz bardziej rozpowszechniającemu się nadużyciu i użyła w tym celu bardzo elastycznego paragrafu o zbrodnię oszustwa. W obecnej sprawie dostała prokuratorya do swych rąk leki, które pewien chory z Niemiec otrzymywał pocztą od lekarza wiedeńskiego, a których rozbiór chemiczny stwierdził, że się składają z jedynego składnika — z cukru. Lekarz oskarżony broni się wprawdzie twierdzeniem, że do cukru domieszał jakiś lek homeopatyczny. Prokuratorya ocenia poszkodowanie chorego na kilkaset marek. Lekarz został w sądzie krajowym zasądzony; obecnie odwołał się do ministerstwa. *E. S.*

Skarga przeciw dentyście. Sąd krajowy cywilny w Wiedniu zajmował się niedawno sprawą, blizko obchodzącą ogół lekarzy. Inżynier Józef K. wniósł skargę przeciw dentyście dr Jakóbowi Z., który mu w uśpieniu usunął kilka zębów z końcem czerwca 1905. Skarżący twierdzi, że kiedy obudził się po operacyi z uśpienia, zauważył w ranie resztkę niewyjętego korzenia. Dentysta, któremu skarżący zwrócił na to uwagę, zbył go zapewnieniem, że to, co czuje, nie jest korzeniem zęba, ale odsłoniętą szczęką. Niedługo potem zaczął skarżącemu znowu ząb dokuczać, a wtedy dentysta, zapytywany listownie, znowu go uspokajał, że rana się wkrótce zagoi, bo nic w ranie nie zostało. Skarżący, polegając na tem zapewnieniu, nie zwracał się więcej do nikogo, chociaż bole stawały się coraz dokuczliwsze, a nawet przeszkadzały mu w pracy zawodowej. Dopiero w lutym 1906 roku udał się do dra S., który stwierdził, że w ranie tkwi pozostawiony korzeń, który sprawia bole i uniemożliwia gojenie się rany. Dr S. usunął korzeń. Obecnie skarży K. dentystę Z. o 7,176 koron, jako zwrot kosztów leczenia, za stratę zarobku i za ból. Oskarżony podnosi w obronie, że leczył skarżącego wedle prawideł sztuki i że przestrzegał ściśle wszelkich ostrożności. I najwytrawniejszy lekarz nie mógłby zaraz po operacyi rozpoznać, czy w ranie tkwi resztka zęba. Po przesłuchaniu znawcy, dra T., że w pozostawieniu korzenia zęba nie można dopatrywać błędu lekarskiego, oddalił sąd skarżącego ze skargą. *E. S.*

Kwiatek etyczny. Niejaki dr Hajòs, właściciel sanatoryum na wyspie Lussinpiccolo, miał czoło, prosząc jednego z wybitnych lekarzy krakowskich listownie o poparcie swego zakładu, napisać dosłownie: »Ich erlaube mir unter strengster Discretion mitzutheilen, dass ich nach jedem Kranken (któregoby adresat do zakładu skierował) ein Ehrenhonorar im Betrage von 40 Kronen zukommen lasse«. List z tak pięknem zakończeniem powędruje oczywiście do odpowiedniej Izby lekarskiej. *R.*

Reformę „sprawy recept" uchwaliła wiedeńska Izba lekarska na podstawie referatu dra Grüna przedstawić na najbliższym Wiecu Izb. Izba uczyni następujące propozycye: Każda recepta traci ważność po trzech latach; recepta, która zawiera środki silnie działające, już po roku, o ile lekarz nie dopisał na niej »ne repetatur«. Na każdej recepcie należy, o ile tylko możliwe, napisać nazwisko i wiek chorego. O ludziach, podejrzanych o morfinizm, należy donieść gremium aptekarskiemu, aby zwróciło uwagę poszczególnym aptekom na możliwość podstępnego uzyskiwania morfiny. Izby powinny się wystarać u rządu o przedstawicielstwo w najwyższej radzie zdrowia, a to celem przeprowadzenia tych reform na drodze ustawodawczej i administracyjnej. Izby austryackie powinny prosić rząd, by wyraźnie zwrócił uwagę aptekarzom, że ustawa nie zezwala na wydawanie leków na recepty obcokrajowych lekarzy. *E. S.*

Międzynarodowa konferencya przeciwgruźlicza, niedawno odbyta w La Haye, zajmowała się między innemi kilku sprawami wielkiej doniosłości. Pierwszą z nich była sprawa szerzenia się gruźlicy i sposobu, w jaki ustrój się zakaża. Calmette bronił swego twierdzenia, iż ustrój ludzki zakaża się niemal wyłącznie przez przewód pokarmowy, przeciwko zarzutom Flüggego i Sproncka. Francuska prasa lekarska utrzymuje, że Calmette odniósł nad swymi przeciwnikami zwycięstwo. Konferencya uchwaliła następujący wniosek Calmettea: »Konferencya wyraża życzenie, aby rządy, nie ustając zapobiegać szerzeniu się gruźlicy bydlęcej, zorganizowały na drodze ustawodawczej walkę przeciw zakażaniu się ludzi gruźlicą ludzką, a to, nie tracąc z oczu tej okoliczności, że największą odporność może w końcu pokonać szereg ponawiających się zakażeń, — i że walka przeciw rozsiewaniu się prątków gruźliczych, w szczególności przeciw dostawaniu się ich do przewodu pokarmowego, jest o wiele donioślejszą, niż walka przeciw terenowi, mogącemu być zakażonym gruźlicą«. — Następnie roztrząsano sprawę donoszenia o przypadkach gruźlicy. Za obowiązkiem donoszenia przemawiali Schrötter z Wiednia i lekarze szwedzcy. Konferencya uchwaliła w końcu wnioski Hansena (z Bergen) i Savoire (z Paryża), stwierdzając pożytek obowiązkowego donoszenia, które w kilku już krajach wprowadzono bez trudności i prosząc rządy o zaprowadzenie obowiązkowego donoszenia o przypadkach śmierci z gruźlicy i o chorych, mogących być źródłem zakażenia drugich osób. — W końcu zajmowała się konferencya sprawą swoistego leczenia gruźlicy. Maragliano wywodził, że możliwe jest leczenie wczesnych okresów gruźlicy, nie usuwające jednak już powstałych zmian. Behring zgotował członkom konferencyi rozczarowanie, gdyż nadesłane przez niego sprawozdanie otacza taką tajemnicą prowadzone doświadczenia i wymaga takich zobowiązań od lekarzy, dopuszczonych do doświadczeń z nowymi środkami Behringa, że wzbudziło ogólną niechęć. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 23 do 29 września 1906 doniesiono o 27 nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w 9 gminach, a mianowicie w pow. Czortków (Czortków 1), Jarosław (Dobcza 2), Jaworów (Zawadów 3), Kałusz (Nowica 2, Ćwitowa 2), Nadwórna (Łanczyn 5), Stryj (Grabowiec str. 1), Tarnopol (Chodaczków w. 1), Zaleszczyki (Beremiany 10). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 23 a 29/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 54, nieżywo 5; zmarło osób 36 (obcych 13); z tego z gruźlicy 8 (2), zapalenia płuc 2 (1), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 2 (2), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 5 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej — (—).

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 16/IX do 22/IX b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 8 (obcych 2), krztuśca 5 (—), ospy — (—), płonicy 7 (1), odry 2 (—), duru brzusznego 1 (5), czerwonki 8 (—), gorączki połogowej 1; w tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z duru brzusznego 1, z gorączki połogowej 1.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Komisya higieniczna Towarzystwa lekarskiego odbyła d. 3. października pod przewodnictwem radcy dw. prof. J o r d a n a posiedzenie organizacyjne, na którem przewodniczący i sekretarz dr B i e r przedstawili program działalności komisyi, poczem uchwalono zaprosić do udziału w pracach komisyi przedstawicieli kół technicznych, pedagogicznych i administracyjnych, a wreszcie uchwalono zająć się przedewszystkiem sprawą walki z gruźlicą, nie pomijając jednak innych nasuwających się do pracy.

— Na otwarcie nowego szpitala w dniu 7 b. m. o godz. 9 rano otrzymało od OO. Bonifratrów zaproszenie Towarzystwo lekarskie krakowskie, o czem zawiadamiamy niniejszem członków Towarzystwa.

Otwarcie nowego szpitala ma, szczególnie w naszych stosunkach, w kraju, cierpiącym na wielki jeszcze niedobór łóżek szpitalnych w stosunku do zaludnienia, — wielkie znaczenie społeczne. Toteż, wyrażając szczery podziw dla tych, którzy zdołali stworzyć piękny, nowocześnie zbudowany szpital istotnie z niczego, jedynie przez swoją niestrudzoną energię i pracę, przejęci jesteśmy szczerą radością ze szczęśliwego dokonania dzieła, któremu życzymy jak największego rozkwitu i jaknajowocniejszej działalności.

— Prof. dr Ludomił K o r c z y ń s k i mianowany został prymaryuszem szpitala krajowego w Sarajewie. Żegnając wieloletniego współpracownika naszego pisma i członka tegorocznej komisyi redakcyjnej, życzymy mu powodzenia na nowym terenie pracy, nie wątpiąc, że oddalenie nie osłabi węzłów, łączących go ze swojskiem piśmiennictwem.

Lwów. We Lwowie ma z inicyatywy starostwa powstać zakład dla nieuleczalnych powiatu lwowskiego, pod który to zakład uzyskano już grunt i materyał budowlany. Na cel zakładu byłyby obrócone t. zw. fundusze ubogich gminne, powstałe z rozmaitych kar pieniężnych.

Z różnych stron. Tegoroczny sezon kąpielowy wypadł, wedle »Przewodnika kąpielowego« (Nr 12), dla zdrojowisk polskich niepomyślnie. Szczególnie odczuły zdrojowiska w Królestwie i na Litwie wpływ obecnych stosunków politycznych, nie doliczając się — prócz Ciechocinka — ani połowy swej zwyczajnej frekwencyi, a najwięcej ucierpiała Połąga. Zdrojowiska

galicyjskie ściągnęły mniej chorych z za kordonu, niż zazwyczaj, mimoto Krynica i Rabka zgromadziły nieco więcej gości, niż w latach poprzednich. Frekwencya Szczawnicy obniżyła się.

— Ukończony właśnie 78. Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Stuttgardzie odznaczał się przez to, że powiodło się urządzić z pożytkiem liczne posiedzenia zbiorowe (kilku sekcyi razem), poświęcone sprawom ogólniejszego znaczenia (n. p. wyniki nowszych badań kiły, leczenie operacyjne nowotworów mózgu i rdzenia i t. d.), a zmniejszyć rozpraszanie się zjazdu na drobne działy.

— Pomnik Semmelweisa został uroczyście odsłonięty w Peszcie 30 września b. r.

— W Stuttgardzie zawiązało się grono lekarskie, zajmujące się sprawami higieny społecznej.

— Drugi cykl wykładów i ćwiczeń w seminaryum medycyny społecznej w Berlinie odbędzie się 10—31 października b. r. na temat »Ubezpieczenie od nieszczęśliwych przypadków w teoryi i praktyce«. Zgłoszenia z napisem »Seminar für sociale Medizin« należy nadsyłać do dra A. Peysera (Berlin C. 54, Hackescher Markt 1).

— W Petersburgu powstaje zakład sanitarno-techniczny, mający opracowywać naukowo zagadnienia z zakresu zaopatrywania miast w wodę, kanalizacyi, higieny, mieszkań i miejskich urządzeń dobroczynnych.

— Wszystkie uniwersytety w Rosyi rozpoczęły prawidłową działalność, prócz warszawskiego. Napływ słuchaczy na wszystkie wydziały, nie wyłączając lekarskiego, jest niebywały.

— Statystyka inspektoratów lekarskich w Rosyi za r. 1903 podaje przy ogólnej liczbie ludności 115 milionów, urodzeń 5,4 mil., śmiertelność 3,3 mil. Lekarzy było 17,633 (jeden na 7,930 mieszkańców), felczerów 20,000, położnych 11,000, dentystów 3,500; szpitali przeszło 6,400 z 146,000 łóżek. Wydatki na pomoc lekarską wyniosły 59 milionów rubli, z czego połowę pokryły ziemstwa, 20 prc. miasta, 15 prc. instytucye prywatne, a rząd tylko 10 prc. (»Kraj« Nr 37).

Mianowani: Dr Loevenhart profesorem farmakologii i chemii fizyologicznej w Baltimore; dr Paton profesorem fizyologii w Glasgowie.

Powołani: Prof. Kretz z Wiednia na katedrę anatomii patol. w Pradze (po Chiarim).

Zmarli: Prof. ogólnej patologii i terapii Högyes, redaktor [illegible]ma „Orvosi Hetilap" w Peszcie; prof. anatomii i chirurgii H. P. [illegible]oper w Atlanta College of. Phys. and. Surg.; były profesor oku[illegible]ki w Kazaniu Emil Adamiuk, ur. w r. 1839 w Bielsku gubernii [illegible]leńskiej.

Dr Zdzisław Hejdukowski w Piotrkowie; dr Antoni Emilian Żaboklicki, lekarz powiatu łukowskiego, w 64 r. ż. w Łukowie; dr Waleryan Jastrzębski w 45 r. ż. w Sieniawie w Galicyi.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 39. Flatau i Koelichen: Nowotwór śródpiersia i rdzenia. Sterling (dok.).

— *Tygodnik lekarski* Nr 39. Daum: Przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowej, powstałej skutkiem kamienia moczowego. Rencki (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr Z. 18. Sędziak (dok.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 12. Korczyński: Kilka uwag ogólnych o urządzeniu Szczawnicy.

— *Głos lekarzy* Nr 19. Mikołajski: Sprawa majsterskich kas chorych w Radzie Państwa. Żeleński: Sprawozdanie z pierwszego roku działalności instytucyi „Kropla mleka" w Krakowie. Mikołajski (c. d.).

— *Zdrowie* Zesz. 9. Chodecki: Nerwowość a higiena życia domowego. Biehler Matylda: W kwestyi lekarzy domowych. Lande: Dobre i złe skutki lecznictwa domowego.

— *Kronika dentystyczna* Nr 3. Goldberg: O szynach kauczukowych przy złamaniu szczęk. Krakowski (c. d.).

— *Casopis lékařův českých* Nr 39. Schöbl i Placak: O zánětu blan mozkových. Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 36. Omelczenko: W sprawie krętków w kile. Gramenicki: W sprawie leczenia zastoiną sposobem Biera. Kłodnicki: Znaczenie bakteryologicznego badania moczu w rozpoznawaniu Abelman: Leczenie choroby Basedowa surowicą Moebiusa. Dawydow: Torbiel bąblowcowa nerki z pęknięciem do miedniczki.

— *Presse médicale* Nr 76. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. Raymond: Czucie wątrobne. Delaunay: Rola fizyki i chemii w medycynie. — Nr 77. Jeannin: Jaja bliźniacze. Pelissard i Benhamou: Wstrzykiwania izotonicznej wody morskiej w krwawiączce noworodków.

— *Semaine médicale* Nr 39. Aubertin. Białaczka a radyoterapia.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 39. Fischer: Poprzednicy Semmelweisa. Löwy: Znaczenie odczynu nastoju naparstnicy ze względu na jego skuteczność. Urbanschitsch: O padaczce „odruchowej". Teleky: Śmiertelność z gruźlicy w Austryi (1873—1904). Rethi: Ozena, a leczenie zastoiną. Joachim: O wylewach rzekomo mleczystych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 39. Quincke: Hydrops toxicus. Mayer i Milchner: Topograficzne opukiwanie serca u dzieci. Saito: Doświadczalno-krytyczne badania odczynu desmoidowego Sahliego. Funck: Przyczynek do wytłómaczenia poprawy w białaczce wskutek wbieżnych zakażeń. Dinger: W sprawie leczenia jaglicy radem. Woestenhoeffer (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 39. Heilbronner: O odosobnionej agrafii apraktycznej. Kelling: O niedokrwistości złośliwej i białaczce. Sticker: Samorodne i pooperacyjne nowotwory przez przeszczepienie. Cramer: Przeszczepienie jajników ludzkich. Pfeiffer: O mięsaku zielonawym *(chloroma)* czaszki. Schreiber i German: O działaniu lampy rtęciowo-kwarcowej. Joseph (dok.). Fleiner (dok.). Voelcker: Otwarcie zakładu doświadczalnego badania raka w Heidelbergu.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 39. Horstmann: Leczenie chorób spojówki. Peschel: Nowy aseptyczny kroplomierz. Schirbach: Doświadczenia kliniczne co do proponalu. Müller (dok.). Neisser i Sachs: Uwagi co do pracy Uhlenhutha o odchyleniu komplementów. Klieneberger: W sprawie saprofityzmu prątków hemoglobinofilnych. Dunger: O zastąpieniu odczynu dwuazowego próbą z błękitem metylenowym według Russo. Werner i Lichtenberg: W sprawie wpływania na ciążę przez wstrzykiwania choliny. Baratyński: O postępowaniu z ranami pęcherza po cięciu nadłonowem. Eichel: Dwa przypadki ran kłutych przepony. Schlesinger: Gorset Glénarda.

Redakcya otrzymała: Browicz: Topografia dróg żółciowych śródzrazikowych w wątrobie ludzkiej. Rozpr. Akad. Um. 1906. — Sędziak: 1) O stanie laryngologii, rynologii i otyatryi w Polsce w XIX wieku. Odb. z „Nowin lek." 1906. 2) The etiology and treatment of mycosis occurring in the upper respiratory tract. Odb. z „Ann. of. otol. etc." 1905. — Klecki K.: Badania nad sztuczną czasową odpornością jamy brzusznej na zakażenie mikrobami jelitowymi. Ak. Um. 1906. — XIII Sprawozdanie wydziału związku polskich gimnastycznych Towarzystw sokolich za rok 1905/6. Lwów.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

172

APTEKA POD „ZŁOTĄ GWIAZDĄ“
PIOTRA MIKOLASCHA we LWOWIE

wyrabia:

Syrup Sulfoguajakolowy

i

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą.

W działalności zupełnie identyczny z Siroliną firmy Hoffmann La Roche według orzeczenia Komisyi Przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa Lekarskiego we Lwowie.

O 50% tańszy od Siroliny.

Syrup Sulfoguajakolowy kosztuje 2·00 K.

Syrup Sulfoguajakolowy z Kolą kosztuje 2·50 K.

Wydaje się tylko na przepis lekarski.

Poleca:

ustalonej sławy

WINA LECZNICZE

przez Dra Karola Mikolascha pierwsze w Austryi w r. 1870 wprowadzone.

Wino Chinowe, Chinowo-żelaziste, Kaskarowe, Condurango, Borówkowe, Rumbarbarowe, Pepsynowe, Cola, Peptonowe, Malaga, Tokaj stary, Cognac najlepszy.

Zaopatrzone atestami pierwszorzędnych powag lekarskich i naukowych.

Główny skład wszystkich specyfików krajowych i zagranicznych.



PIERWSZY ZAKŁAD

BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY

H. BOGDANOWICZA

Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYAŃSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.

Specyalista brzusznych pasów. — Dla Pań damska obsługa.

Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.

Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.

Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

SŁOWNIK LEKARSKI POLSKI

Cena w Austryi 20 koron, przesyłką pocztową 21 koron. W Niemczech 20 Marek, z przesyłką pocztową 21 Marek. W Warszawie Rbs. 8,50, z przesyłką pocztową Rbs. 9. 105

Do nabycia w Administracyi „Przeglądu Lekarskiego“ Kraków, w Towarzystwie lekarskiem w Krakowie i Lwowie, i we wszystkich księgarniach.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne

EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).

w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieocenlony jako tonicum w przypadkach niedokrewności, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syropie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci, specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.

MARKA OCHRONNA E. MATULA



Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum“.** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum“ wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to 0·55 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginal Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 163 3.